

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN
ZU ANAMNESE UND THERAPIE
VON ALKOHOLKRANKEN PATIENTEN

BEOBACHTUNGEN
IN EINER PSYCHIATRISCHEN POLIKLINIK

MONA STÜRMER

1982

Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DEM MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. D. Ploog

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN
ZU ANAMNESE UND THERAPIE
VON ALKOHOLKRANKEN PATIENTEN

BEOBACHTUNGEN
IN EINER PSYCHIATRISCHEN POLIKLINIK

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

an der Ludwigs-Maximilians-Universität

zu München

vorgelegt von

MONA STÜRMER

aus München

1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München



1. Berichterstatter:	Prof.Dr.W.Feuerlein
2. Berichterstatter:	Prof.Dr.D.Ploog
Mitberichterstatter:	Prof.Dr.H.Hippius
Dekan:	Prof.Dr.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.7.1982

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung
 - 1.1. Prognostische Kriterien in der Behandlung des Alkoholismus
 - 1.2. Ziele der vorliegenden Untersuchung
2. Methodik
 - 2.1. Kurze Beschreibung des Patientenkollektivs
 - 2.1.1. Alter der Patienten
 - 2.1.2. Staatsangehörigkeit der Patienten
 - 2.1.3. Überweisungsmodus
 - 2.2. Gestaltung des Erhebungsbogens
 - 2.3. Durchführung der Untersuchung
 - 2.4. Kritische Anmerkungen zur Methodik der Untersuchung
 - 2.4.1. Probleme katamnestischer Untersuchungen bei Alkoholkranken
 - 2.4.2. Methodische Probleme der vorliegenden Arbeit
3. Ergebnisse
 - 3.1. Anamnese der Patienten
 - 3.1.1. Anamnestische Angaben zum Alkoholismus
 - 3.1.1.1. Diagnose des Alkoholismus nach ICD und Gewißheitsgrad der Diagnose
 - 3.1.1.2. Alkoholmißbrauch- oder Abhängigkeit in Verbindung mit einer abnormen Erlebnisreaktion
 - 3.1.1.3. Trinkgewohnheiten
 - 3.1.1.3.1. Beginn des Alkoholismus
 - 3.1.1.3.2. Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren
 - 3.1.1.3.3. Trinkpausen
 - 3.1.1.3.4. Tägliche Alkoholmenge in den letzten beiden Jahren
 - 3.1.1.3.5. Trinkgesellschaft
 - 3.1.1.3.6. Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten beiden Jahren
 - 3.1.1.3.7. Trinkzeiten
 - 3.1.1.3.8. Rauschtrinken

- 3.1.1.3.9. Art der alkoholischen Getränke
- 3.1.1.3.10. Trinkort
- 3.1.1.4. Alkoholentzugssyndrom
- 3.1.1.4.1. Somatisches Syndrom
 - 3.1.1.4.1.1. Gastrointestinale Beschwerden
 - 3.1.1.4.1.2. Vegetative Störungen
 - 3.1.1.4.1.3. Neurologische Symptome
- 3.1.1.4.2. Psychisches Syndrom
 - 3.1.1.4.2.1. Angst, depressive Verstimmung
 - 3.1.1.4.2.2. Reizbarkeit, Dysphorie
 - 3.1.1.4.2.3. Gedächtnis- und Orientierungsstörungen
 - 3.1.1.4.2.4. Halluzinationen, Wahnideen
- 3.1.1.5. Vitalstörungen
 - 3.1.1.5.1. Gewichtsverlust
 - 3.1.1.5.2. Obstipation
 - 3.1.1.5.3. Tagesschwankungen
 - 3.1.1.5.4. Kopfschmerzen
- 3.1.1.6. Weitere psychopathologische Befunde und psychische Folgekrankheiten des Alkoholismus
 - 3.1.1.6.1. Black-out
 - 3.1.1.6.2. Erregungszustände
 - 3.1.1.6.3. Senkung des Persönlichkeitsniveaus oder Demenz
 - 3.1.1.6.4. Eifersuchtswahn
 - 3.1.1.6.5. Alkohol-Halluzinose
 - 3.1.1.6.6. Alkohol-Delir
 - 3.1.1.6.7. Korsakow-Psychose
- 3.1.1.7. Typisierung nach JELLINEK
 - 3.1.1.7.1. Kontrollverlust
 - 3.1.1.7.2. Psychische Abhängigkeit
 - 3.1.1.7.3. Physische Abhängigkeit
- 3.1.2. Somatische Erkrankungen
 - 3.1.2.1. Alkoholfolgekrankheiten
 - 3.1.2.1.1. Lebererkrankungen
 - 3.1.2.1.2. Relevante Laborparameter

- 3.1.2.1.3. andere Alkoholfolgekrankheiten
- 3.1.2.2. weitere somatische Diagnosen
- 3.1.2.2.1. Internistische Diagnosen
- 3.1.2.2.2. Chirurgische, orthopädische und urologische Diagnosen
- 3.1.2.2.3. Gynäkologische Diagnosen
- 3.1.2.2.4. Dermatologische und venerologische Diagnosen
- 3.1.2.2.5. Augen- und HNO-Diagnosen
- 3.1.2.3. Kombinierte Diagnosen
- 3.1.3. Psychosomatische Erkrankungen
- 3.1.3.1. Erkrankungen der Atmungsorgane
- 3.1.3.2. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems
- 3.1.3.3. Erkrankungen des Verdauungssystems
- 3.1.3.4. Erkrankungen der Inneren Sekretion
- 3.1.3.5. Dermatologische Erkrankungen
- 3.1.3.6. Gynäkologische Erkrankungen
- 3.1.3.7. Psychogene Erkrankungen
- 3.1.3.8. Kombinierte psychosomatische Diagnosen
- 3.1.4. Neurologische Diagnosen
- 3.1.5. Psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend der Patienten
- 3.1.5.1. Schwere organische Erkrankungen in Kindheit oder Jugend
- 3.1.5.2. Tod der Eltern
- 3.1.5.3. Weitere broken-home-Situationen
- 3.1.5.4. Psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend
- 3.1.5.5. Psychische Erkrankungen in der Familie der Patienten
- 3.1.5.5.1. Alkoholiker in der Familie
- 3.1.5.5.2. Weiteres Suchtverhalten in der Familie
- 3.1.5.5.3. Suizid und Selbstmordversuch in der Familie
- 3.1.5.5.4. Andere psychiatrische Erkrankungen in der Familie
- 3.1.5.5.5. Kombiniertes Auftreten psychiatrischer Erkrankungen in der Familie
- 3.1.5.6. Kombiniertes Auftreten psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend der Patienten
- 3.1.6. Psychiatrische Diagnosen

- 3.1.6.1. Psychosen
- 3.1.6.2. Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeitsstrukturen)
- 3.1.6.3. Neurosen
- 3.1.6.4. Sexualstörungen
- 3.1.6.5. Hirnorganisches Psychosyndrom
- 3.1.6.6. Minderbegabung oder Demenz
- 3.1.6.7. Drogenmißbrauch- oder Abhängigkeit
- 3.1.6.8. Suizidversuch
- 3.1.6.9. Verwahrlosung
- 3.1.6.10. Kombiniertes Auftreten psychiatrischer Erkrankungen
- 3.1.7. Soziale Anamnese
 - 3.1.7.1. Familienstand
 - 3.1.7.2. Ehequalität
 - 3.1.7.3. Sozialschicht
 - 3.1.7.4. Schulbildung
 - 3.1.7.5. Berufssparte
 - 3.1.7.6. Berufsverhältnis
 - 3.1.7.7. Sozialkontakte
 - 3.1.7.8. Wohngemeinschaft
 - 3.1.7.9. Führerscheinentzug
- 3.1.8. Bisher durchgeführte Therapieversuche
- 3.2. Therapievorschläge durch die Poliklinik
 - 3.2.1. Medikamentöse Therapie
 - 3.2.2. Psychotherapeutische Maßnahmen
 - 3.2.2.1. Pragmatische Psychotherapie
 - 3.2.2.2. Analytische Einzeltherapie
 - 3.2.2.3. Verhaltenstherapie
 - 3.2.2.4. Gruppentherapie
 - 3.2.2.5. Familientherapie
 - 3.2.2.6. Gesprächspsychotherapie
 - 3.2.2.7. Informationsabende für Alkoholiker

- 3.2.2.8. Weitere Maßnahmen
- 3.2.3. Einweisung in spezielle Einrichtungen
- 3.2.4. Gerichtliche Maßnahmen
- 3.2.5. Einschaltung des Sozialdienstes
- 3.2.6. Vorschlag der Kontaktaufnahme mit Selbsthilfeorganisationen
- 3.2.7. Analyse der Verteilung verschiedener Therapieverschlüge

- 3.3. Tatsächlich durchgeführte Therapie
- 3.3.1. Somatische Therapie
- 3.3.1.1. Durchführung, Dauer und Regelmäßigkeit der somatischen Behandlung allgemein
- 3.3.1.2. Behandlung mit Psychopharmaka
- 3.3.1.2.1. Clomethiazol
- 3.3.1.2.2. Disulfiram
- 3.3.1.2.3. Andere Psychopharmaka
- 3.3.1.3. Krankenhausaufenthalte
- 3.3.1.4. Behandlung in einer Suchtfachklinik
- 3.3.1.5. Unterbringung in einem Pflegeheim
- 3.3.2. Psychosoziale Therapie
- 3.3.2.1. Durchführung, Dauer und Regelmäßigkeit der psychosozialen Betreuung allgemein
- 3.3.2.2. Durchführung verschiedener psychosozialer und psychotherapeutischer Maßnahmen
- 3.3.2.2.1. Wiedervorstellung des Patienten
- 3.3.2.2.2. Besuch der Informationsabende
- 3.3.2.2.3. Gruppentherapie
- 3.3.2.2.4. Gesprächstherapie
- 3.3.2.2.5. Familientherapie
- 3.3.2.2.6. Sexualtherapie
- 3.3.2.2.7. Verhaltenstherapie
- 3.3.2.2.8. Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen außerhalb der Poliklinik
- 3.3.2.2.9. Durchführung von Sozialarbeit
- 3.3.2.2.10. Kontaktaufnahme des Patienten mit Selbsthilfeorganisationen und anderen sozialen Einrichtungen
- 3.3.2.2.11. Kombinierte Therapieversuche

- 3.4. Versuch einer Bestimmung des Therapieerfolgs -
zusammenfassende Falldarstellungen
- 3.4.1. Tod des Patienten
- 3.4.2. Patienten, die abstinente wurden
- 3.4.3. Patienten mit mäßigem Alkoholkonsum
- 3.4.4. Patienten mit episodischen Rückfällen
- 3.4.5. Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten
- 4. Diskussion
- 4.1. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anamnese
alkoholkranker Patienten
- 4.1.1. Diagnose des Alkoholismus
- 4.1.2. Trinkgewohnheiten
- 4.1.3. Entzugssyndrom
- 4.1.4. Vitalstörungen
- 4.1.5. Psychische Folgekrankheiten des Alkoholismus
- 4.1.6. Physische Folgekrankheiten des Alkoholismus
- 4.1.7. Somatische Nebendiagnosen
- 4.1.8. Psychosomatische Nebendiagnosen
- 4.1.9. Neurologische Nebendiagnosen
- 4.1.10. Besonderheiten in Kindheit und Jugend der
Patienten
- 4.1.11. Psychiatrische Diagnosen
- 4.1.12. Zur sozialen Anamnese
- 4.1.13. Bereits durchgeführte Therapieversuche
- 4.2. Therapieverschlüsse und Therapieversuche bei alko-
holkranken Patienten
- 4.3. Prognostische Kriterien
- 4.3.1. Geschlecht des Patienten
- 4.3.2. Alter
- 4.3.3. Beginn des Alkoholkonsums
- 4.3.4. Trinkpausen
- 4.3.5. Delir

- 4.3.6. Somatische Erkrankungen
- 4.3.7. Psychiatrische Diagnosen
- 4.3.8. Besonderheiten in Kindheit und Jugend des
 Patienten
- 4.3.9. Familienstand
- 4.3.10. Soziale Kontakte

- 5. Zusammenfassung

- 6. Literaturverzeichnis

- 7. Anhang

1. Einleitung

1.1. Die Bedeutung prognostischer Kriterien für katamnestische Angaben zum Therapieerfolg

Nach zahlreichen katamnestischen Untersuchungen ist nicht nur die angewendete Therapie, die - wie die Genese des Alkoholismus - multidimensional sein sollte, (FEUERLEIN, 24 ; GLATT, 31) von entscheidender Bedeutung für den Erfolg einer Behandlung.

Weitere Faktoren seien hier kurz beschrieben.

Nach WEBB et al. (78) sind die Bezugspersonen des Patienten neben der angewendeten Therapie entscheidend: Patienten, die vor Beginn einer Therapie allein oder mit Bekannten gewohnt hatten, wurden nach Beendigung der Therapie signifikant weniger sozial auffällig, während Patienten, die mit dem Gatten lebten, eine leichte Besserung und Patienten, die bei ihren Eltern wohnten, nur geringe Besserungstendenzen zeigten.

Nach SUWAKI (70) sind u.a. folgende Faktoren signifikant mit dem Therapieerfolg verknüpft: Alter, Familienstand und antisoziales Verhalten (wobei junge, alleinstehende und soziopathische Patienten eine schlechtere Prognose haben) und Motivation des Patienten zur Behandlung. Frühere psychiatrische Behandlungen, Entzugssyndrome, Dauer der Behandlung, erbliche und chronische somatische Erkrankungen des Patienten hätten keinen Einfluß hierauf.

GOLDFRIED (32) fand in einer katamnestischen Untersuchung folgende Kriterien als prognostisch günstig: der Patient war noch nie psychiatrisch behandelt worden, ist seit mehreren Jahren fest angestellt, hat eine gute Bildung und führt eine stabile Ehe.

DAVIDSON (18) betont, daß Angestellte und Patienten, die differenziertere Berufe ausübten, eine größere Chance zur Abstinenz hätten als ungelernte oder angelernte Arbeiter. Im übrigen seien "informelle Kontakte" zu anderen ehemaligen Alkoholikern noch wichtiger als die Unterstützung innerhalb der Familie.

ALTMAN et al. (3) berichten, daß die Aufnahme des Patienten in intoxiziertem Zustand, Feindseligkeit oder Problemverleugnung des Patienten, ferner Arbeitslosigkeit, jugendliches Alter oder eine bestehende Partnerschaft wichtige Kriterien für einen baldigen Therapieabbruch darstellten.

EWING (22) schreibt, daß die Prognose für einen Patienten aus einer höheren sozialen Schicht, der eine gute Erziehung genossen habe und verheiratet sei, am günstigsten ist. Dieser Patient solle seinen Alkoholismus eingestehen, freiwillig Hilfe suchen, gut motiviert sein und weder neurotisch noch psychopathisch oder impulsiv sein.

GILLIES et al. (30) kamen zu dem Ergebnis, daß abstinente ehemalige Alkoholiker gewöhnlich älter sind, und daß soziale Stabilität nur bedingt ein prognostisches Kriterium für den Therapieerfolg ist.

ADAMSON et al. (1) betonen, daß Schulbildung und Stabilität des Wohnsitzes signifikant mit dem Therapieerfolg korreliert seien, während dies für sozioökonomische Variablen, Trinkverhalten und Gesetzesübertretungen nicht nachgewiesen werden konnte.

HOFFMANN et al. (34) fanden heraus, daß eine längere Ausbildungsdauer und ein Ehepartner prognostisch günstige Faktoren seien, jedoch nicht das Durchschnittsalter des Patienten.

BAEKELAND et al. (5) erarbeiteten folgende Kriterien: Patienten, die eine Therapie sofort nach einem Besuch abbrächen, lebten allein, würden nur in einem geringen Aus-

maß an Beeinträchtigungen leiden, ständen ambivalent einer Behandlung gegenüber, wären ängstlich und depressiv und bei der Erstuntersuchung nicht alkoholfrei. Patienten, die nach zwei bis vier Wochen die Behandlung abgebrochen hätten, wären in hohem Maße ängstlich und depressiv, böten weiterhin somatische und psychosomatische Beschwerden. Patienten, die zwei bis fünf Monate in einer Therapie ausgehalten hätten, haben nur eine kurze Schulbildung genossen und böten Alkoholiker in der Familie. Patienten, die sechs Monate oder länger in der Therapie verblieben wären, seien in hohem Maße motiviert, stünden einer Behandlung unambivalent gegenüber, hätten weniger alkoholabhängige Angehörige und wären sozial intakt.

MAYER et al. (44) schließen aus ihren Untersuchungen, daß der therapeutische Effekt letztlich von der positiven Beziehung zwischen Patient und Therapeut abhängt, wie auch immer dessen Orientierung und Ausbildung sein mag.

STEINGLASS (69) fand bei der Therapie alkoholabhängiger Paare heraus, daß eine enge Korrelation zwischen der Reduktion des Alkoholgenusses eines Partners und der Abnahme psychiatrischer Symptomatologie des anderen Gefährten bestehe.

MOOS et al. (47) weisen darauf hin, daß Alkoholiker mit einem guten Therapieergebnis aus Familien kommen, die einen guten Zusammenhalt zeigen, die aktiv, entspannt und gut organisiert sind und wenig Konfliktstoffe bieten. Die Mitglieder dieser Familien hatten weniger negative Lebenserfahrungen gemacht und berichteten über weniger physische und emotionale Symptome und Mißempfindungen als Familien, in denen das alkoholabhängige Mitglied weniger gute Therapieergebnisse erzielt hatte.

MICHAELSSON (46) berichtet, daß Patienten, bei denen erfolglos eine Aversionstherapie durchgeführt worden war, älter und schwerere Trinker mit einer längeren Alkohol-

anamnese gewesen seien als Patienten, bei denen diese Therapie erfolgreicher war. Er wertet jedoch Extraversion oder Neurotizismus des Patienten als kein entscheidendes Therapiekriterium.

TRBOVIC (74) kommt in einer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß die prämorbidie Persönlichkeit des Patienten entscheidend für einen Rückfall des Patienten sei.

SMART (66) berechnete, daß die Spontanheilungen von Alkoholikern zwischen 1 und 33 % lägen; als Gründe hierfür nennt er Verschlechterung der Gesundheit des Patienten, Arbeitsplatzwechsel, Heirat und Änderung des Wohnsitzes. Die höchsten Spontanremissionen (33%) beobachtete er bei Patienten, die wegen medizinischer Komplikationen behandelt worden waren.

Im Gegensatz hierzu berichten THORNTON et al. (72), daß Patienten, die aus medizinischen Gründen gebeten worden waren, ohne Alkohol zu leben, signifikant schlechter Abstinenz einhalten konnten als Patienten, die freiwillig auf Alkohol verzichteten. THORNTON führt dies nicht zuletzt teilweise auf das verstärkte Selbstvertrauen zurück, das die freiwilligen Abstinenzler gewannen, indem sie frei verfügbaren Alkohol zurückwiesen.

PISANI et al. (55) beschreiben den Typus des Alkoholikers, der eine Gruppentherapie vorzeitig abbricht, folgendermaßen: er komme aus einer niedrigeren sozialen Schicht, hat eine größere Anzahl von Geschwistern, heiratete später als Patienten, die die Therapiesitzungen wenigstens drei Monate lang durchhielten und trinkt auch während der Therapie. Dem Abbruch der Therapie könnten die Ähnlichkeiten zwischen der Therapiegruppe und der Situation in der Familie zugrundeliegen, in der der Patient gegen seine Geschwister um die Liebe seiner getetzten, ökonomisch un-

terprivilegierten Eltern kämpfen mußte. Diese ehemalige Situation spiegelt sich jetzt wider in verspätet aufgenommenen heterosexuellen Beziehungen und in der Unfähigkeit, an einem Therapeuten in einer Gruppensituation teilzuhaben.

MENTZEL (45) gibt einige Charakteristika von rückfällig gewordenen Alkoholikern: ihnen sei gemeinsam ein Gefühl der Angst, die Furcht, zu niemandem zu gehören und vernachlässigt zu werden. Sie wären unfähig, aktiv interpersonale Kontakte herzustellen; sie hätten ferner eine infantile passiv-orale Erwartungshaltung, anerkannt und befriedigt zu werden.

PEMBERTON (53), SEELYE (63) und CICCHINELLI et al. (13) kommen in verschiedenen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß männliche Patienten eine Therapie erfolgreicher beendeten als weibliche Patienten. CICCHINELLI führt dies auf die größere ökonomische Produktivität des Mannes zurück; er gibt außerdem an, daß der Therapieerfolg abnimmt, je mehr der Patient durch seine Krankheit beeinträchtigt sei.

KISH et al. (37) berichten, daß Patienten, die u.a. verheiratet und angestellt sind, bessere Behandlungsergebnisse erzielten. Faktoren, wie z.B. Alter, Ausbildung, Intelligenz, berufliche Interessen und Persönlichkeit seien hingegen für den Erfolg einer Therapie nicht von Bedeutung. Ebenso fand TOMSOVIC (73) in seinen Studien heraus, daß verheiratete Patienten bessere Therapieergebnisse erzielten. Nach DUBOURG (21) sind Alter des Patienten, Dauer des Alkoholismus, Sozialschicht und frühere psychiatrische Behandlungen nicht mit dem Therapieerfolg signifikant korreliert.

SIMONOVIC et al. (64) beschreiben den rückfälligen Patienten als häufiger persönlichkeitsgestört und von geringerer Intelligenz als abstinenten Patienten. Weiterhin wird berichtet, daß die Behandlungsmethoden das Ergebnis nicht beeinflussen, daß außerdem die Ehefrauen der Rück-

fallpatienten öfter in die Therapie einbezogen gewesen seien als bei abstinenten Patienten.

SMART (67) schließt aus einer Katamnese, daß gewisse Charakteristika des Patienten bessere Indikatoren für eine erfolgreiche Therapie seien als die Art der Behandlung. Er nennt u.a. folgende signifikante Parameter: soziale Stabilität des Patienten, Freiwilligkeit der Behandlung und Berufsverhältnis.

WILLIAMS (82) beobachtete einen signifikanten Unterschied in der sozialen Stabilität vor Behandlungsbeginn bei Patienten, die erfolgreich behandelt worden waren und solchen, die rückfällig wurden. Er schließt daraus, daß meist nur solche Patienten mit Erfolg behandelt werden können, die sozial vergleichsweise gut integriert sind.

FEUERLEIN (25) beschreibt den Alkoholpatienten mit der besseren Prognose folgendermaßen: er ist männlichen Geschlechts, verheiratet, steht in einem mittleren Lebensalter, lebt in guten wirtschaftlichen Verhältnissen, hat einen hohen Bildungsstandard, übt einen differenzierten Beruf aus, hat keine Vorstrafen, lebt in einer sanierbaren Außensituation und ist von hoher Intelligenz. Er leidet unter keiner Persönlichkeitsstörung, in der Anamnese sind auch keine Psychosen anzugeben. Seine Struktur ist eher phobisch-anankastisch. Weiterhin besitzt dieser Patient starke zwischenmenschliche Beziehungen, doch eine schwache Mutterbindung. Seine Motivation zur Therapie ist gut. Im Gegensatz hierzu steht die Patientin mit schlechter Prognose: sie steht in jüngerem oder höherem Lebensalter, ist unverheiratet bzw. alleinstehend, lebt in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen, hat ein geringeres Bildungsniveau und übt einen undifferenzierten Beruf aus. Sie hat weiterhin ein hohes Vorstrafenregister, lebt in einer nicht sanierbaren Außensituation und ist von niedriger Intelligenz. Die Persönlichkeitsstruktur ist psychopathisch, oft hysterisch, ferner findet sich des Öfteren eine schizophrene Psychose in der Anamnese dieser Patientinnen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind schwach, die Mutter-

bindung ist jedoch stark ausgeprägt. Die Motivation zu einer Therapie des Alkoholismus ist gering.

1.2. Ziele der eigenen Untersuchung

Die oben angegebenen Ergebnisse, auch wenn sie teilweise widersprüchlich sind, machen offensichtlich, daß ein Vergleich anamnestischer Daten mit Therapieresultaten sinnvoll ist.

Bei der Planung dieser Untersuchung wurde jedoch von keiner bestimmten Hypothese ausgegangen, die es zu bestätigen oder zu widerlegen galt. Wir versuchten vielmehr, ein bestimmtes Kollektiv alkoholkranker Patienten (vgl. Kap. Methodik) hinsichtlich Anamnese, Therapie und Therapieerfolg umfassend zu beschreiben, so weit dies im Rahmen standardisierter Items möglich ist.

Zu diesem Zwecke wurde ein Erhebungsbogen konstruiert (vgl. Kap. Methodik), bei dem sich vor allem folgende Daten als relevant erwiesen:

- anamnestische Angaben zur Alkoholerkrankung des Patienten
- somatische und psychiatrische Diagnosen
- Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend des Patienten
- psychiatrische Erkrankungen, auch Suchtverhalten, in der Familie des Patienten
- soziologische Daten
- Therapievorschläge und Durchführung verschiedener Therapien

Für 154 unserer Patienten (103m, 51w) liegt außerdem eine katamnestische Bestimmung des Therapieerfolgs vor.

Ziel der Untersuchung ist Darstellung, Vergleich und Interpretation der angegebenen Befunde.

2. Methodik

2.1. Auswahl und kurze Beschreibung des Patientenkollektivs

Das Kollektiv umfaßt alle Patienten, die im ersten Halbjahr 1974 in der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie (MPI) untersucht wurden, und die in Haupt-, Neben- oder Verdachtsdiagnose Alkoholmißbrauch oder -Abhängigkeit aufwiesen. Es handelt sich um 285 Patienten, von denen 191 (66%) männlich und 94 (33%) weiblich sind.

2.1.1. Alter der Patienten

9 Patienten (3,1% des Kollektivs), davon 7 Männer (3,7% aller Männer) und 2 Frauen (2,1% aller Frauen) waren jünger als 20 Jahre. 55 Patienten (19,4%), davon 36 Männer (18,8%) und 19 Frauen (20,2%) zählten zwischen 21 und 30 Jahre. 100 Patienten (35,2%), davon 63 Männer (33,0%) und 37 Frauen (39,4%), waren zwischen 31 und 40 Jahre alt. 65 Patienten (22,8%), davon 47 Männer (24,6%) und 18 Frauen (19,1%), hatten das 41.-50. Lebensjahr erreicht, während 32 Patienten (11,2%), 20 Männer (10,5%) und 12 Frauen (12,8%) zwischen 51 und 60 Jahre zählten. 17 Patienten (6,0%), 13 Männer (6,8%) und 4 Frauen (4,2%) waren zwischen 61 und 70 Jahre alt. Außerdem umfaßte unser Kollektiv 7 Senioren (2,4%), 5 Männer (2,6%) und 2 Frauen (2,1%), die 71 Jahre oder älter waren.

2.1.2. Staatsangehörigkeit der Patienten

268 Patienten (94,0%), 180 Männer (94,2%) und 88 Frauen (93,6%), besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit, 7 Patienten (2,4%), 2 Männer (1,0%) und 5 Frauen (5,3%), stammten aus anderen deutschsprachigen Ländern, ein Pa-

tient (0,3% des Kollektivs) kam aus einem romanischen Land und 7 Patienten (2,4%), 6 Männer (3,1%) und eine Frau (1,0%), besaßen eine slawische Staatsangehörigkeit. Ein Patient (0,3% des Kollektivs) war Bürger der Vereinigten Staaten und und Patient (0,3%) war staatenlos.

2.1.3. Überweisungsmodus

27 Patienten (9,5% des Kollektivs), 18 Männer (9,4% aller Männer) und 9 Frauen (9,6% aller Frauen), kamen ohne ärztlichen oder sonstigen Einweisungsschein zur Untersuchung in die Poliklinik. 190 Patienten (66,7%), 127 Männer (66,5%) und 63 Frauen (67,0%) waren von den Ärzten des Krankenhauses München-Schwabing (KMS) zur psychiatrischen Konsiliaruntersuchung geschickt worden; 5 Patienten (1,7%), 4 Männer (2,1%) und eine Frau (1,1%), kamen aus anderen, nicht-psychiatrischen Münchner Krankenhäusern. Bei 57 Patienten (20,0%), 38 Männern (19,9%) und 19 Frauen (20,2%), war die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt eines nicht-psychiatrischen Fachgebiets erfolgt. 6 Patienten (2,1%), 4 Männer (2,1%) und 2 Frauen (2,1%), waren vom Psychiater überwiesen worden.

2.2. Gestaltung des Erhebungsbogens

Der Erhebungsbogen umfaßt 179 Fragen, die es - um der computergerechten Verarbeitung und Speicherung willen - vereinfacht zu konstruieren galt. Zu jeder Frage war eine Antwortmöglichkeit, die mittels einer Nummer zu chiffrieren war, anzugeben, wobei bei den einfacher strukturierten Fragen die alternativen Antwortmöglichkeiten mit "entfällt", "nein", "ja", "fraglich" und "unbekannt" gegeben waren. Bei den umfangreicheren Fragen war jeweils eine der angegebenen, sachbezogenen Formulierungen zu wählen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über Gliederung, Themen und eine nicht vollständige Anzahl der Items im Erhebungsbogen, während im Anhang ein Exemplar des ursprünglichen Fragebogens, mit dem wir unsere Erhebung durchführten, niedergelegt ist.

Kennzahl des Patienten, Alkoholdiagnosen nach ICD
(zur Identifizierung des Patienten)

Anamnestiche Angaben

zum Alkoholismus

Trinkverhalten - 10 Fragen

Alkoholentzugssyndrom - 9 Fragen

Vitalstörungen - 10 Fragen

psychopathologische Befunde und psychische Folgekrankheiten des Alkoholismus - 8 Fragen

Typisierung nach JELLINEK - 4 Fragen

somatische Anamnese

Alkoholfolgekrankheiten - 14 Fragen

andere körperliche Erkrankungen - 1 Frage

psychosomatische Erkrankungen - 1 Frage

neurologische Erkrankungen - 1 Frage

Psychiatrische Anamnese

Besonderheiten in Kindheit und Jugend
des Patienten - 6 Fragen

psychische Erkrankungen in der Familie
des Patienten - 1 Frage

psychische Erkrankungen des Patienten - 19 Fragen

soziale Anamnese - 10 Fragen

bisher durchgeführte Therapieversuche - 3 Fragen

Therapievorschläge an den Patienten

medikamentöse Therapie - 7 Fragen

psychotherapeutische Maßnahmen - 9 Fragen

Einweisung in spezielle Kliniken - 7 Fragen

Gerichtliche Maßnahmen - 4 Fragen

Einschaltung des Sozialdienstes - 6 Fragen

Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen - 7 Fragen

Katamnestic Angaben

Tatsächlich durchgeführte Therapie

allgemeine Angaben zu Dauer, Art und
Regelmäßigkeit der Betreuung - 8 Fragen
Behandlung in verschiedenen
therapeutischen Institutionen - 3 Fragen
medikamentöse Therapie- 3 Fragen
Psychotherapeutische Behandlung - 10 Fragen
Sozialarbeit - 6 Fragen
Kontaktaufnahme mit Selbsthilfeorganisationen
und psychosozialen Einrichtungen - 7 Fragen

Trinkverhalten des Patienten

(letztes katamnestic erfaßbares Datum) - 1 Item

Tabelle 1: Überblick über die Gliederung des Erhebungsbogens
und Verteilung der Items

Bei Anwendung dieses Schemas an 285 Patienten gewannen wir
über 51.000 Einzelinformationen, wobei sich jedoch einige Items
als nicht konsistent genug erwiesen, um in diese Darstellung
aufgenommen zu werden. So wurden folgende Fragen zwar ausge-
wertet, gingen jedoch nicht in diese Untersuchung ein:

- Provokation des Alkohodelirs (Krankheit, Alkoholentzug,
Alkoholsteigerung)
- Nahrungsaufnahme (ausreichend, unzureichend, stark wechselnd)
- vorherrschende Stimmung während der Exploration (gehoben,
ausgeglichen, depressiv)
- Bewußtseinszustand während der Exploration (klar, getrübt)
- Gesamtdauer der Nachbetreuung beim niedergelassenen Nervenarzt
- Gesamtdauer der Nachbetreuung bei Hausarzt oder nicht-psychia-
trischen Facharzt.

2.3. Durchführung der Untersuchung

Die Kennzahlen des uns interessierenden Patientenkollektivs wurden durch den Computer übermittelt.

Die Anamnesen der Patienten wurden vornehmlich aus den Eintragungen in den entsprechenden Krankengeschichten der Poliklinik des MPI erhoben, jedoch dienten ergänzend auch die Unterlagen der unten beschriebenen Institutionen hierzu.

Als "Therapievorschläge" wurden alle therapeutischen Angebote gewertet, die von den Ärzten der Poliklinik an unsere Patienten bzw. an deren mitbehandelnde Ärzte im Jahr 1974 gemacht wurden. Um die tatsächliche Durchführung einer Therapie zu bestimmen, um eine gerichtete Aussage über den Therapieerfolg zu treffen und um anamnestische Angaben ergänzen zu können, wurden folgende Unterlagen geprüft:

- die entsprechenden Krankengeschichten in der Poliklinik
- Teilnehmerlisten zu den Informationsabenden, die 1974 in der Poliklinik stattfanden
- Protokolle über Gruppensitzungen, die 1974 in der Poliklinik durchgeführt wurden.

Ferner wurde im Archiv eines großen städtischen Münchner Krankenhauses (KMS), das konsiliarisch eng mit dem MPI zusammenarbeitet, nach Unterlagen unserer Patienten gesucht, die zwischen 1974 und 1980 dort behandelt worden waren. Ebenso verfahren wir im Archiv für stationäre Patienten des MPI.

Weiterhin wurden uns freundlicherweise die Krankengeschichten unserer Patienten von folgenden nachbehandelnden Institutionen zur Verfügung gestellt:

- dem Bezirkskrankenhaus Haar
- von 6 weiteren psychiatrisch-neurologischen Kliniken in der BRD
- von 10 somatisch orientierten Kliniken in Bayern
- von 7 Suchtfachkliniken für Alkoholkranke in Deutschland und Österreich.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß katamnestische Befunde

- bei 64 Patienten (22,4% des Kollektivs), 39 Männern (20,4% aller Männer) und 25 Frauen (26,6% aller Frauen), aus den Verlaufsangaben in der Krankengeschichte der Poliklinik des MPI erhoben wurden
- bei 83 Patienten (29,1%), 52 Männern (27,2%) und 31 Frauen (33,0%), aus den Verlaufsangaben in der Krankengeschichte der Poliklinik des MPI und aus Angaben anderer, oben genannter Institutionen erhoben wurden
- bei 110 Patienten (38,6%), 80 Männern (41,9%) und 30 Frauen (31,9%), nur durch die Angaben anderer Institutionen erhoben wurden
- bei 28 Patienten (9,8%), 20 Männern (10,5%) und 8 Frauen (8,5%), leider nicht erhoben werden konnten.

Die so gewonnenen Daten wurden nach nochmaliger Durchsicht der Krankengeschichte der Poliklinik in den Computer eingegeben.

Wir erhielten eine Liste mit den Summen der einzelnen Antworten auf die entsprechenden Items; dies getrennt nach dem Geschlecht des Patienten. Ferner arbeiteten wir mit einer Liste, die sämtliche Antworten für alle Items, bezeichnet für jeden einzelnen Patienten, beinhaltet. Alle übrigen Auswertungen erfolgten ohne technische Hilfe.

2.4. Kritische Anmerkungen zur Methodik der Untersuchung

2.4.1. Probleme katamnestischer Untersuchungen an Alkoholkranken

Nach SMART (65) besteht bei Studien zur Effizienz verschiedener Therapien das Hauptproblem darin, zu beweisen, daß die erwünschte Verhaltensänderung auch tatsächlich in direkter Beziehung zur Therapie steht. Er fordert deshalb u.a. Kontrollgruppen, genaue Definitionen, welches Verhalten die Behandlung nun eigentlich modifiziert, weiterhin die Verwendung psychologischer Testmethoden vor und nach der Therapie.

Auch LOWE et al. (42) fand bei Literaturstudien zu Typisierung und Prognose des Alkoholikers nur wenige Daten und Methoden, die sich als "hart", nützlich und signifikant erwiesen. Er kommt zu dem Ergebnis, daß katamnestische Studien aufgrund ihrer verschiedenen Standards nicht konsistent in ihren Ergebnissen sein können und daß deshalb signifikante Daten zur Prognose des Alkoholismus nur in begrenzter Auswahl zur Verfügung stehen. Auch er fordert u.a., die Verschiedenartigkeit der Definitionen, der Dokumentation und die unterschiedliche Bewertung der Therapieabbrecher zu reduzieren.

GLATT (31) ist sogar der Ansicht, daß es unmöglich sei, die Ergebnisse, die von verschiedenen Therapeuten mit unterschiedlichen Methoden gewonnen wurden, zu vergleichen.

Auch FEUERLEIN (25) erwähnt, daß die Beurteilung der Ergebnisse von Alkoholikerbehandlungen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Er führt folgende Argumente an:

1. Die Therapie des Alkoholismus erfolgt in der Regel mehrdimensional, wobei es natürlich unmöglich sei, die Effektivität eines einzigen Therapieverfahrens herauszufiltern und zu beurteilen. Ferner stelle allein bereits die Zuwendung zum Patienten eine Behandlung dar, deren therapeutischer Effekt kaum abgeschätzt werden könne.

Außerdem sei es schwierig, gültige Erfolgskriterien zu definieren, wobei nach FEUERLEIN die Abstinenz eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Abschätzung des Erfolgs sei.

2. Weitere methodische Schwierigkeiten liegen darin, daß in der Regel ohne eine parallelisierte Kontrollgruppe gearbeitet werde, daß ferner die Nachuntersuchungen nicht mit den gleichen Untersuchungsinstrumenten wie vor Beginn der Behandlung vorgenommen würden. Außerdem lasse die exakte Definition der Behandlungsmethode und die Erarbeitung umschriebener und vergleichbarer Erfolgskriterien oft zu wünschen übrig. Nicht zuletzt seien die hohen Schwundzahlen zu berücksichtigen.

2.4.2. Methodische Probleme der vorliegenden Arbeit - kritische Anmerkungen

Folgende kritische Überlegungen zur Methodik der eigenen Untersuchung soll an dieser Stelle angebracht werden.

Unsere Untersuchung kann keine vollständigen und absolut korrekten Daten zu Anamnese und Therapie liefern.

Zwei Ursachen hierfür sind:

1. Die Fakten, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden sollen, ließen sich nicht immer in computergerechten Standards formulieren. Bei den Problemen mancher Patienten mußte die Alternative, die zutreffender schien - obwohl sie vielleicht nur zu einem gewissen Prozentsatz die Realität trifft - gewählt werden.
2. Die Ergebnisse können nicht vollständig sein; sie repräsentieren das Minimum zu Anamnese und Therapie.
Zwar verwerteten wir alle Angaben, derer wir habhaft werden konnten, doch wurde in manchen anamnestischen Gesprächen zwischen Arzt und Patient sicher nicht alles niedergelegt oder ausgesprochen, was für unsere Untersuchung relevant gewesen wäre. Ebenso waren wir nicht in der Lage, alle durchgeführten Therapien zu erfassen, weil wir in unseren Nachuntersuchungen nur auf bestimmte Institutionen zurück-

griffen, andere jedoch aus arbeitstechnischen Gründen jedoch vernachlässigen mußten.

3. Ergebnisse

3.1. Anamnese der Patienten

3.1.1. Anamnestische Angaben zum Alkoholismus

3.1.1.1. Diagnose des Alkoholismus nach ICD - Gewißheitsgrad der Diagnose

Insgesamt 191 Patienten (67,0% des Kollektivs), 123 Männer (64,4% aller Männer) und 68 Frauen (72,3% aller Frauen), wiesen in ihrer Hauptdiagnose chronischen Alkoholismus auf, laut WHO definiert als ein "Zustand körperlicher und seelischer Abhängigkeit von regelmäßigem oder periodischem, schwerem und unkontrolliertem Alkoholgenuß , verbunden mit dem "Zwang zu trinken" und dem Auftreten von Entzugssymptomen bei Unterbrechung des Alkoholkonsums (19).

Bei 3 (1,6%) dieser Patienten (1m=0,8%), 2w=2,9%) war diese Diagnose differentialdiagnostisch erwogen worden, bei 65 (52,8%) männlichen und 29 (42,6%) weiblichen Patienten bestand die entsprechende Verdachtsdiagnose und bei 42 (34,1%) männlichen und 32 (47,0%) weiblichen Patienten war diese Diagnose wahrscheinlich. Die Untersucher waren sich bei 15 (12,2%) Männern und 4 (5,9%) Frauen in der Diagnose einer chronischen Alkoholabhängigkeit sicher. Bei einem Patienten (0,8% aller Patienten mit der entsprechenden Diagnose) war über den Gewißheitsgrad der Diagnose keine Aussage gemacht worden.

Der gewohnheitsmäßige Alkoholmißbrauch wird von der WHO als regelmäßiger Genuß von Alkoholmengen zum Schaden der eigenen körperlichen Gesundheit oder der sozialen Stellung definiert. "Eine Person, die mehr als 12mal im Jahr einen Rausch hat oder mehr als einmal in der Woche unter sichtbarem Alkoholeinfluß steht, gehört in diese Kategorie" (19).

Als "Gewohnheitstrinker" erwiesen sich 48 (16,8% des Kollektivs) Patienten, 38 Männer (19,9% aller Männer) und 10 Frauen (10,6% aller Frauen). Bei 11 Männern (28,9% aller Männer mit der entsprechenden Diagnose) und 2 Frauen (20,0% aller Frauen mit der entsprechenden Diagnose) bestand die entsprechende Verdachtsdiagnose, bei 23 männlichen (60,5%) und 6 weiblichen (60,0%) Patienten war die Diagnose "Gewohnheitsalkoholismus" wahrscheinlich und bei 4 Männern (10,5%) und einer Frau (10,0%) waren sich die Untersucher bei der Diagnosenstellung sicher. Bei einer weiblichen (10,0%) Patientin wurden zum Gewißheitsgrad der Diagnose keine Angaben gemacht.

Bei 14 unserer Patienten (4,9% aller Patienten), 9 Männern (4,7% aller Männer) und 5 Frauen (5,3% aller Frauen), wurde ein "episodischer" Alkoholmißbrauch festgestellt. Dieser wird beschrieben als "relativ kurze Episode exzessiven Alkoholgenusses, die mindestens viermal jährlich auftritt. Diese Episode kann einige Tage oder Wochen dauern und mit körperlichem oder seelischem Streß in Verbindung stehen oder sie kann durch zyklische Stimmungsschwankungen ausgelöst werden" (19). Eine Dipsomanie boten 4 männliche (44,0% der männlichen Patienten mit der entsprechenden Diagnose) und ein weiblicher Patient (20,0% aller Frauen mit der entsprechenden Diagnose) als Verdachtsdiagnose, bei 5 Männern (55,5%) und 4 Frauen (80%) war diese Diagnose wahrscheinlich. Die Untersucher konnten bei keinem Patienten ihre Diagnose als sicher klassifizieren.

Unter "anderen und nicht näher bezeichneten Formen des Alkoholismus" litten 17 männliche (8,9% aller Männer) und 9 weibliche (9,6% aller Frauen) Patienten. Der Gewißheitsgrad dieser Diagnose wurde bei 9 Männern (52,9% aller Männer mit der entsprechenden Diagnose) und 3 Frauen (33,3% aller Frauen mit der entsprechenden Diagnose) als wahrscheinlich bezeichnet. Bei 8 Männern (47,0%)

und 3 Frauen (33,3%) bestand der entsprechende Verdacht. Nur bei einer weiblichen (11,1%) Patientin wurde diese Diagnose differentialdiagnostisch erwogen.

Bei 3 Patienten (1,0% des Kollektivs), 2 Männern (1,0% aller Männer) und einer Frau (1,1% aller Frauen), bestand der Verdacht auf Alkoholrausch bei der psychiatrischen Erstuntersuchung; bei diesen Patienten wurde jedoch keine Alkoholabhängigkeit festgestellt.

Für weitere 2 Patienten (0,7% des Kollektivs), einen Mann und eine Frau, war Alkoholrausch Grund zur psychiatrischen Untersuchung, diesmal jedoch kombiniert mit einer abnormen Erlebnisreaktion und mit keiner Diagnose des Alkoholismus.

Wir möchten - der Vollständigkeit halber - noch folgende 3 Patienten (1,0% aller Patienten), einen Mann (0,5% aller Männer) und zwei Frauen (2,1% aller Frauen) erwähnen, bei denen einmal chronische Alkoholabhängigkeit (w), einmal Gewohnheitsalkoholismus (m) und einmal eine andere Form des Alkoholismus (w) verbunden war mit einem Alkoholrausch, der wiederum Anlaß war zur psychiatrischen Untersuchung.

3.1.1.2. Alkoholmißbrauch- oder Abhängigkeit in Verbindung mit einer abnormen Erlebnisreaktion

Für 35 Patienten (12,3% des Kollektivs), 26 Männer (13,6% aller Männer) und 9 Frauen (9,6% aller Frauen) war die Kombination Alkoholmißbrauch- oder Abhängigkeit mit einer "vorübergehenden kurzfristigen psychischen Auffälligkeit, die mit einer situativen Belastung in Zusammenhang steht" (13) Anlaß zur psychiatrischen Konsultation.

Diese Diagnose beinhaltet einen der folgenden Komplexe:

- abnorme Erlebnisreaktion der Adoleszenz oder des Erwachsenen
- Suizidversuch als Reaktion auf Streß
- Erschöpfungszustand
- abnorme Reaktion auf Streß
- vorübergehende Reaktion auf erheblichen Streß.

Bei den meisten dieser Patienten handelte es sich um Suizidversuche, die oft nach vorangegangennem Alkoholgenuß ausgeübt wurden.

25 Patienten (71,4% der Patienten mit der Kombinationsdiagnose Alkohol-abnorme Erlebnisreaktion, 18 Männer (69,2% aller Männer mit dieser Kombinationsdiagnose) und 7 Frauen (77,8% aller Frauen mit dieser Kombinationsdiagnose), waren chronisch alkoholabhängig. Zwei männliche Patienten dieses Kollektivs (5,7% aller Patienten mit dieser Kombinationsdiagnose) erwiesen sich als Gewohnheitstrinker, 2 Männer (5,7% aller Patienten mit dieser Kombinationsdiagnose) tranken episodisch. Bei 6 Patienten (17,1%), 4 Männern (15,4%) und 2 Frauen (22,2%), wurde die Art des Alkoholismus nicht näher bezeichnet.

3.1.1.3. Trinkgewohnheiten

3.1.1.3.1. Beginn des Alkoholabusus

Von den 285 Patienten unseres Kollektivs begannen 11 Patienten (3,8%), 8 Männer (4,2% aller Männer) und 3 Frauen (3,2% aller Frauen), vor Abschluß des 16. Lebensjahres zu trinken, während 67 (23,5%) Patienten (56m=29,3% und 11w=11,7%) zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr anfangen. Das Alter, in dem am häufigsten mit dem Abusus begonnen wurde, liegt zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr: zu dieser Zeit begannen 92 (32,3%) Patienten (60m=31,4% und 32w=34,0%) mit dem Abusus. Zwischen dem 31. und 40. Lebensjahr griffen 19 Männer (9,9%) und 16 Frauen (17,0%) erstmals häufiger zur Flasche (12,3% aller Patienten), während

25 (8,8%) Patienten (12m=6,3% und 13w=13,8%) zwischen dem 41. und 50. Lebensjahr häufig zu trinken begannen. Zwischen dem 51. und 60. Lebensjahr begannen 2 Patientinnen (0,7% des Gesamtkollektivs; 2,1% aller Frauen) mit dem Alkoholismus. Bei 53 (18,6%) Patienten (36m=18,8% und 17w=18,1%) konnten wir leider keine Daten über den Beginn des Alkoholismus in Erfahrung bringen.

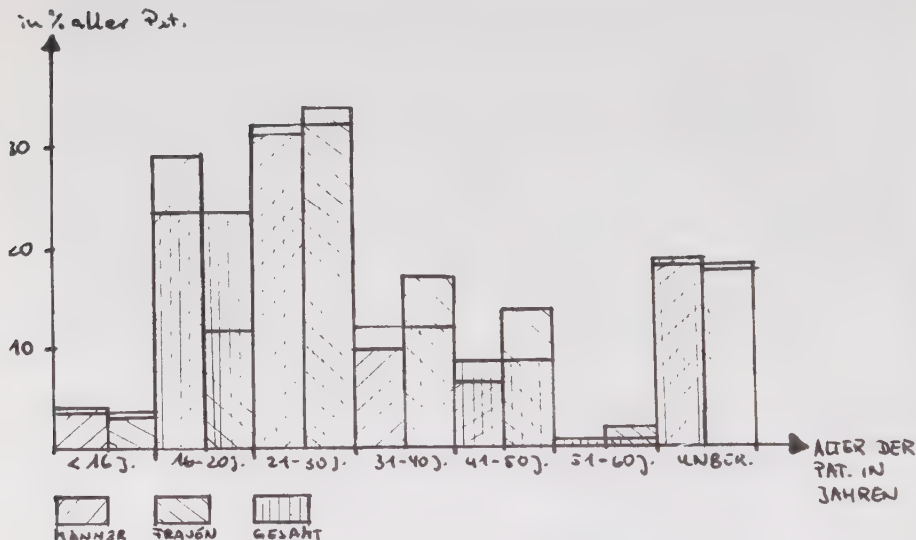


Abb. 1: Beginn des Alkoholabusus bei männlichen und weiblichen Patienten

3.1.1.3.2. Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren (1972-1974)

Bei 73 Patienten (25,6% des Kollektivs), 51 Männern (26,7% aller Männer) und 22 Frauen (23,4% aller Frauen), wurde der Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren bis zum Untersuchungsdatum als "gleichbleibend" bezeichnet. 88 (30,9%) Patienten (49m=25,6% und 39w=41,5%) charakterisierten ihren Alkoholverbrauch als ansteigend. Bei 87 (30,5%) Patienten (72m=37,7%, 15w=15,9%) hatte der Alkoholgenuß in den letzten beiden Jahren abgenommen.

Keine Auskunft zu diesem Thema lag bei 37 (13,0%) Patienten (19m=9,9% und 18w=19,1%) vor.

3.1.1.3.3. Trinkpausen

Als "Trinkpause" wurden auch länger andauernde Krankenhausaufenthalte oder die Durchführung einer Entziehungskur, wenn der Patient wieder rückfällig geworden war, bezeichnet.

112 (39,3% des Kollektivs) Patienten, 79 Männer (41,4% aller Männer) und 33 Frauen (35,1% aller Frauen), gaben an, niemals ihren Alkoholkonsum unterbrochen zu haben, 40 (14,0%) Patienten (28m=14,6% und 12w=12,8%), eine einmalige Trinkpause von weniger als 6 Monaten eingelegt zu haben. 11 (3,8%) Patienten (7m=3,7% und 4w=4,2%) waren einmal für 6-12 Monate trocken geblieben. Bei 7 (2,4%) Patienten (5m=2,6% und 2w=2,1%) fand sich eine einmalige Trinkpause von mehr als einem Jahr. Mehrmals für weniger als 6 Monate waren 59 (20,7%) Patienten (38m=19,9% und 21w=22,3%) und mehrmals für 6-12 Monate waren 4 Patienten (Männer; 1,4% des Gesamtkollektivs, 2,1% aller Männer) abstinent geblieben. 2 Patientinnen (0,7% des Gesamtkollektivs, 2,1% aller Frauen) konnten sich mehrmals für mehr als ein Jahr des Alkohols enthalten.

Für 50 (17,5%) Patienten (30m=15,7% und 20w=21,3%) lagen leider keine Ergebnisse vor.

3.1.1.3.4. Tägliche Alkoholmenge in den letzten beiden Jahren

Bei der Berechnung der täglichen reinen Alkoholmenge verschiedener Getränke gingen wir von folgenden Werten aus:

1,0 l Bier (ca. 4% Alkohol) = 40 ml
0,7 l Wein (ca. 10 % Alkohol) = 70 ml
0,7 l Sekt (ca. 12 % Alkohol) = 84 ml
0,7 l Südwein (ca. 20 % Alkohol) = 140 ml
0,7 l Likör (ca. 30 % Alkohol) = 210 ml
0,7 l Schnaps (ca. 40 % Alkohol) = 280 ml
1 kleiner Schnaps (ca. 0,02 l) = 8 ml
1 großer Schnaps (ca. 0,04 l) = 16 ml

Tab.2: Berechnung der reinen Alkoholmenge verschiedener
Getränke
(26)

Nach den eigenen Angaben tranken 28 Patienten (9,8% des Kollektivs), 17 Männer (8,9% aller Männer) und 11 Frauen (11,7% aller Frauen), täglich weniger als 100 ml und 52 (18,2%) Patienten (31m=16,2% und 21w=22,3%) tranken zwischen 100 und 200 ml. 200-300 ml reiner Alkohol täglich wurde von 108 (37,9%) Patienten (78m=40,8% und 30w=31,9%) konsumiert. 300-400 ml Alkohol nahmen täglich 18 (6,3%) Patienten (17m=8,9% und 1w=1,1%) zu sich und zwischen 400-500 ml verbrauchten 8 (2,8%) Patienten (4,2% aller Männer). 6 (2,1%) Patienten (5m=2,6% und 1w=1,1%) benötigten täglich mehr als 500 ml reinen Alkohol. Bei 65 (22,8%) Patienten (35m=18,3% und 30w=31,9%) konnten wir leider keine Angaben eruieren.

3.1.1.3.5. Trinkgesellschaft

119 Patienten (41,7% des Kollektivs), 57 Männer (29,8% aller Männer) und 62 Frauen (65,9% aller Frauen), bevorzugten es, vorwiegend alleine zu trinken. 65 (22,8%) Patienten (53m=27,7% und 12w=12,8%), suchten sich hierzu vornehmlich immer dieselbe Trinkgesellschaft aus und 38 (13,3%) Patienten (31m=16,2% und 7w=7,4%) wechselten des öfteren die Trinkgesellschaft. Von 63 (22,1%) Patienten (50m=26,2% und 13w=13,8%) liegen zu diesem Thema keine Daten vor.

3.1.1.3.6. Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten beiden Jahren (1972-1974)

131 Patienten (46,0% des Kollektivs), 91 Männer (47,6% aller Männer) und 40 Frauen (42,5% aller Frauen), tranken täglich. 72 (25,3%) Patienten (48m=25,1% und 24w=25,5%) erklärten, fast täglich zu trinken. 34 (11,9%) Patienten (22m=11,5% und 12w=12,8%) gaben eine episodische und 6 (2,1%) Patienten (4m=2,1% und 2w=2,1%) eine periodische Frequenz an. Ein ausgesprochener Wochenendtrinker wurde in unserem Patientengut nicht gefunden.

Von 42 (14,7%) Patienten (26m=13,6% und 16w=17,0%) war keine Auskunft über die Häufigkeit des Alkoholkonsums zu erhalten.

3.1.1.3.7. Trinkzeiten in den letzten beiden Jahren

113 Patienten (39,6% des Kollektivs), 78 Männer (40,8% aller Männer) und 35 Frauen (37,2% aller Frauen), begannen am Morgen zu trinken. Spätestens mittags griffen 17 (6,0%) Patienten (11m=5,7% und 6w=6,4%) erstmals am Tag zur Flasche und 36 (12,6%) Patienten (26m=13,6% und 10w=10,6%) fingen abends mit dem Trinken an. Eine Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) trank nur zu den Mahlzeiten. Unregelmäßige Trinkzeiten fanden sich bei 22 (7,7%) Patienten (11m=5,7% und 11w=11,7%). Von 96 (33,7%) Patienten (65m=34,0% und 31w=33,0%) konnten wir zu diesem Thema nichts erfahren.

3.1.1.3.8. Rauschtrinken

84 Patienten (29,5% des Kollektivs), davon 49 Männer (25,6% aller Männer) und 35 Frauen (37,2% aller Frauen), negierten Rauschtrinken. 57 (20,0%) Patienten (44m=23,0% und 13w=13,8%) gaben an, 1-3mal monatlich betrunken zu sein, während 43 (15,1%) Patienten (31m=16,2% und 12w=12,8%) dies 1-3mal in der Woche sind. 7 (2,4%) Patienten (6m=3,1% und 1w=1,1%) hatten fast täglich einen Rausch.

94 (33,0%) Patienten (61m=31,9% und 33w=35,1%) gaben hierüber keine Auskunft.

3.1.1.3.9. Art der alkoholischen Getränke

92 Patienten (32,3% des Kollektivs), 77 Männer (40,3% aller Männer) und 15 Frauen (15,9% aller Frauen), bevorzugten Bier. Vorwiegend Weiß- oder Rotwein tranken 38 (13,3%) Patienten (21m=11,0% und 17w=18,1%). Ein Patient (0,3% aller Patienten, 0,5% aller Männer) trank vornehmlich Süß- oder Fruchtwein, während ebenfalls ein Patient vor allem Mixgetränke schätzte. 5 (1,7%) Patienten (2m=1,0% und 3w=3,2%) bevorzugten Wermuth-Wein und 7 (2,4%) Patienten (3m=1,6% und 4w=4,2%) Sekt. Hauptsächlich Schnaps tranken 43 (15,1%) Patienten (13m=6,8% und 29w=30,8%). 46 (16,1%) Patienten (42m=22,0% und 4w=4,2%) sprachen Bier und Schnaps gleichermaßen zu.

Keine Vorliebe für ein bestimmtes Getränk ließen 24 (8,4%) Patienten (15m=7,8% und 9w=9,6%) erkennen.

Über 28 (9,8%) Patienten (16m=8,4% und 12w=12,8%) liegen keine Angaben vor.

3.1.1.3.10. Trinkort

Vorwiegend zu Hause tranken 108 Patienten (37,9% des Kollektivs), 46 Männer (24,1% aller Männer) und 62 Frauen (65,9% aller Frauen). Eine Gaststätte, Bar oder Cafe bevorzugten 50 (17,5%) Patienten (45m=23,6% und 5w=5,3%). 32 (11,2%) Patienten (28m=14,6% und 4w=4,2%) wählten den Betrieb zum Trinken. Als sog. "Fernsehtrinker" ließen sich 3 (1,0%) Patienten (1m=0,5% und 2w=2,1%) bezeichnen. 36 (12,6%) Patienten (29m=15,2% und 7w=7,4%) äußerten keine bestimmte Bevorzugung oder Kombination. Für 56 (19,6%) Patienten (42m=22,0% und 14w=14,9%) liegt kein diesbezügliches Ergebnis vor.

3.1.1.4. Alkoholentzugssyndrom

Nach FEUERLEIN (23) wird das Entzugssyndrom in somatische und psychische Entzugerscheinungen eingeteilt. Das somatische Syndrom umfaßt gastrointestinale, vegetative und neurologische Symptome. Bei unseren Patienten untersuchten wir folgende somatische Entzugsbeschwerden:

- gastrointestinal: Brechreiz, Erbrechen,
Appetitverlust
- vegetativ: Schlafstörungen, nächtliche Unruhe
Hyperhidrosis
- neurologisch: Tremor
Entzugs-Grand-Mal-Anfälle.

Das psychische Syndrom umfaßt die Begriffe

- Angst, depressive Verstimmung
- Reizbarkeit
- Gedächtnis- und Orientierungsstörungen
- Halluzinationen, Wahnideen.

Auch bezüglich dieses Syndroms wollen wir die Daten unserer Patienten vorlegen.

3.1.1.4.1. Somatisches Syndrom

3.1.1.4.1.1. Gastrointestinale Beschwerden

157 Patienten (55,1% des Kollektivs), 97 Männer (50,8% aller Männer) und 60 Frauen (63,8% aller Frauen), litten an (morgendlichem) Erbrechen oder Brechreiz. Bei 9 (3,1%) Patienten (m=4,7%) war dieses Symptom fraglich vorhanden.

90 (31,6%) Patienten (63m=33,0% und 27w=28,7%) verspürten keine derartigen Beschwerden. Von 29 (10,2%) Patienten (22m=11,5% und 7w=7,4%) liegen keine Auskünfte vor.

142 (49,8%) Patienten (88m=46,1% und 54w=57,4%) litten an Appetitverlust. Bei 10 (3,5%) Patienten (6m=3,1% und 4w=4,2%) war dieser Befund fraglich vorhanden.

113 (39,6%) Patienten (81m=42,4% und 32w=34,0%) hatten keine derartigen Beschwerden.

Von 20 (7,0%) Patienten (16m=8,4% und 4w=4,2%) fehlen die Angaben.

3.1.1.4.1.2. Vegetative Störungen

169 Patienten (59,3% des Kollektivs), 99 Männer (51,8% aller Männer) und 70 Frauen (74,5% aller Frauen), gaben an, an Schlafstörungen oder nächtlicher Unruhe zu leiden. Bei 14 (4,9%) Patienten (10m=5,2% und 4w=4,2%) waren diese Beschwerden fraglich vorhanden. 81 (28,4%) Patienten (63m=33,0% und 18w=19,1%) hatten keine Klagen. Dieses Item wurde von 21 (7,4%) Patienten (19m=9,9% und 2w=2,1%) nicht beantwortet.

Von Schweißausbrüchen berichteten 132 (46,3%) Patienten (83m=43,4% und 49w=52,1%), während 140 (49,1%) Patienten (98m=51,3% und 42w=44,7%) daran nicht litten.

Von 13 (4,6%) Patienten (10m=5,2% und 3w=3,2%) wurde zu diesem Item nichts vermerkt.

3.1.1.4.1.3. Neurologische Symptome

Ein Tremor wurde bei 185 Patienten (64,9% des Kollektivs), 123 Männern (64,4% aller Männer) und 62 Frauen (65,9% aller Frauen), beobachtet. Dieser Befund war bei 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% und 2w=2,1%) fraglich vorhanden. 84 (29,5%) Patienten (56m=29,3% und 28w=29,8%) wiesen keine derartigen Beschwerden auf. Von 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% und 2w=2,1%) liegen hierzu keine Angaben vor.

Anfallsleiden, in vielen Fällen durch EEG-Befunde verifiziert, wurden bei 57 (20%) Patienten (45m=23,6% und 12w=12,8%) dokumentiert.

Davon litten unter Epilepsien, die eindeutig oder wahrscheinlich als Entzugsäquivalente bestimmt werden können, 17 (6,0%) Patienten (13m=6,8% und 4w=4,2%).

227 (79,6%) Patienten (146m=76,4% und 81w=86,2%) berichteten von keinem Anfallsleiden. Von einer Patientin (0,3% aller Patienten, 1,1% aller Frauen) liegen keine Angaben vor.

Im übrigen werden wir in einem späteren Abschnitt über die Differentialdiagnose der Anfallsleiden bei unseren anderen 41 (14,4% des Kollektivs) Patienten sprechen.

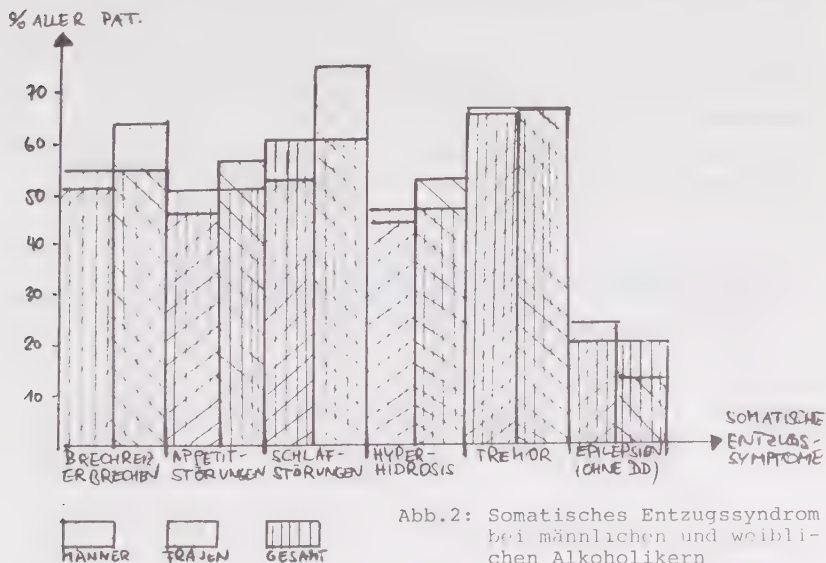


Abb.2: Somatisches Entzugssyndrom bei männlichen und weiblichen Alkoholikern

3.1.1.4.2. Psychisches Syndrom

3.1.1.4.2.1. Angst, depressive Verstimmung

Über Angst und/oder depressive Verstimmung klagten 169 Patienten (59,3% des Kollektivs), 96 Männer (50,3% aller Männer) und 73 Frauen (77,6% aller Frauen). Bei 37 (13,0%) Patienten (27m=14,1% und 10w=10,6%) war dieses Symptom fraglich vorhanden. 66 (23,1%) Patienten (56m=29,3% und 10w=10,6%) waren hinsichtlich dieser Symptome beschwerdefrei. Von 13 (4,6%) Patienten (12m=6,3% und 1w=1,1%) liegen hierzu keine Angaben vor.

3.1.1.4.2.2. Reizbarkeit, Dysphorie

130 Patienten (45,6% des Kollektivs), 88 Männer (46,1% aller Männer) und 42 Frauen (44,7% aller Frauen), erschienen den Untersuchern gereizt oder dysphorisch, bzw. die Patienten berichteten selbst über solche Empfindungen. Bei 41 (14,4%) Patienten (27m=14,1% und 14w=14,9%) war dieser Befund fraglich vorhanden. 102 (35,8%) Patienten (66m=34,5% und 36w=38,3%) waren diesbezüglich beschwerdefrei. Von 12 (4,2%) Patienten (10m=5,2% und 2w=2,1%) lag uns keine entsprechende Angabe vor.

3.1.1.4.2.3. Gedächtnis-, Orientierungsstörungen

Gedächtnis- und/oder Orientierungsstörungen stellten die Untersucher bei 91 (31,9%) Patienten (61m=31,9% und 30w=31,9%) fest. Bei 147 (51,6%) Patienten (96m=50,3% und 51w=54,2%) waren die mnestischen Funktionen unauffällig, während sie bei 42 (14,7%) Patienten (29m=15,2% und 13w=13,8%) fraglich gestört waren.

Keine Angaben liegen für 5 (1,7%) Patienten (m=2,6% aller Männer) vor.

3.1.1.4.2.4. Halluzinationen, Wahnideen

Halluzinationen oder Wahnideen wurden bei 37 Patienten (13,0% des Kollektivs), 23 Männern (12,0% aller Männer) und 14 Frauen (14,9% aller Frauen), festgestellt. Dieses Symptom war bei 21 (7,4%) Patienten (19m=9,9% und 2w=2,1%) fraglich vorhanden. 221 (77,5%) Patienten (143m=74,9% und 78w=83,0%) litten nicht unter diesen Phänomenen. Über 6 (2,1%) Patienten (m=3,1% aller Männer) liegt hierüber keine Beurteilung vor.

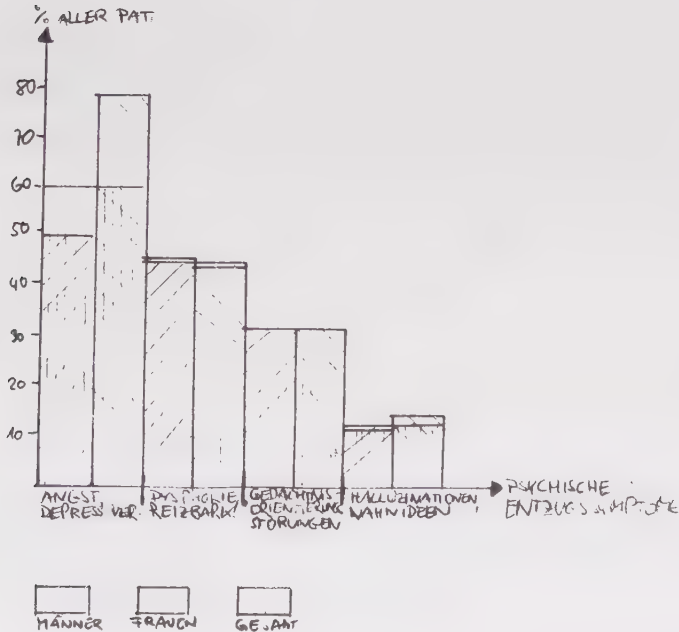


Abb.3: Psychisches Entzugssyndrom bei männlichen und weiblichen Alkoholikern

3.1.1.5. Vitalstörungen

Aus der Vielzahl der Beschwerden wählten wir folgende Symptome aus, um sie eingehender zu untersuchen:

- Gewichtsverlust
- Obstipation
- Tagesschwankungen
- Kopfdruck, Kopfschmerzen.

Weitere charakteristische Symptome, wie Schlafstörungen oder Appetitverlust, betrachteten wir in diesem Fall als dem Alkohol-entzugssyndrom zugehörig und besprachen dies im entsprechenden Absatz.

3.1.1.5.1. Gewichtsverlust

83 Patienten (29,1% des Kollektivs), 48 Männer (21,5% aller Männer) und 35 Frauen (37,2% aller Frauen), berichteten über Gewichtsverlust. 179 (62,8%) Patienten (125m=65,4% und 54w=57,4%) erschienen den Untersuchern als normalgewichtig. Von 23 (8,1%) Patienten (18m=9,4% und 5w=5,3%) liegen keine ausreichenden Angaben vor.

3.1.1.5.2. Obstipation

41 Patienten (14,4% des Kollektivs), 15 Männer (7,8% aller Männer) und 26 Frauen (27,6% aller Frauen), klagten über Obstipation. 200 (70,2%) Patienten (146m=76,4% und 54w=57,4%) hatten keine derartigen Beschwerden. 44 (15,4%) Patienten (30m=15,7% und 14w=14,9%) wurden hierzu nicht befragt.

3.1.1.5.3. Tagesschwankungen

Vitalstörungen in Form einer Tagesschwankung lagen bei 19 Patienten (6,7% des Kollektivs), 12 Männern (6,3% aller Männer) und 7 Frauen (7,4% aller Frauen), vor. Bei 242 (84,9%) Patienten (159m=83,2% und 83w=88,3%) war dieses Symptom nicht vorhanden. Von 24 (8,4%) Patienten (20m=10,5% und 4w=4,2%) liegen hierzu keine näheren Angaben vor.

3.1.1.5.4. Kopfschmerzen

Über Kopfschmerzen berichteten 68 Patienten (23,8% des Kollektivs), 35 Männer (18,3% aller Männer) und 33 Frauen (35,1% aller Frauen). 201 (70,5%) Patienten (145m=75,9% und 56w=59,6%) beschrieben keine entsprechende Symptomatik. Bei 16 (5,6%) Patienten (11m=5,7% und 5w=5,3%) wurde dieses Item nicht beurteilt.

3.1.1.6. Weitere psychopathologische Befunde und psychische Folgekrankheiten des Alkoholismus

3.1.1.6.1. Black-out

Von einem black-out, also einem reversiblen Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, berichteten 71 Patienten (24,9% des Kollektivs), 49 Männer (25,6% aller Männer) und 22 Frauen (23,4% aller Frauen). Diese Störung war bei 19 (6,7%) Patienten (12m=6,3% und 7w=7,4%) fraglich vorhanden. Bei 146 (51,2%) Patienten (94m=49,2% und 52w=55,3%) war dieses Phänomen nicht vermerkt worden. Über 49 (17,2%) Patienten (36m=18,8% und 13w=13,8%) liegen uns hierzu keine detaillierten Angaben vor.

3.1.1.6.2. Erregungszustände unter Alkohol

Erregungszustände unter Alkohol in der Anamnese wurden bei 33 Patienten (11,6% des Kollektivs), 23 Männern (12,0% aller Männer) und 10 Frauen (10,6% aller Frauen), festgestellt. Bei 43 (15,1%) Patienten (31m=16,2% und 12w=12,8%) war dieser Befund fraglich positiv. 189 (66,3%) Patienten (120m=62,8% und 69w=73,4%) gaben keinen Anlaß zu einer entsprechenden Vermutung. Bei 20 (7,0%) Patienten (17m=8,9% und 3w=3,2%) waren keine Angaben hierzu vorhanden.

3.1.1.6.3. Senkung des Persönlichkeitsniveaus oder Demenz

Eine Senkung des Persönlichkeitsniveaus bzw. Demenz mußte bei 53 Patienten (18,6% aller Patienten), 33 Männern (17,3% aller Männer) und 20 Frauen (21,3% aller Frauen) diagnostiziert werden. Bei 77 (27,0%) Patienten (52m=27,2% und 25w=26,6%) wurde die entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt. 147 (51,6%) Patienten (99m=51,8% und 48w=51,1%) erschienen im Niveau ihrer Persönlichkeit nicht gesenkt. Für 8 (2,8%) Patienten (7m=3,7% und 1w=1,1%) liegen keine Angaben vor.

3.1.1.6.4. Eifersuchtswahn

Ein alkoholischer Eifersuchtswahn wurde bei 5 Patienten (1,7% aller Patienten; 2,6% aller Männer) festgestellt. Diese Erkrankung war bei 10 (3,5% des Kollektivs) Patienten (8m=4,2% und 2w=2,1%) fraglich vorhanden. Bei 266 (93,3%) Patienten (174m=91,1% und 92w=97,9%) ist diese Diagnose ausgeschlossen; 4 (1,4%) Patienten (m=2,1%) entzogen sich einer Beurteilung.

3.1.1.6.5. Alkohol-Halluzinose

Unter einer Alkohol-Halluzinose hatten 10 Patienten (3,5% des Kollektivs), 7 Männer (3,7% aller Männer) und 3 Frauen (3,2% aller Frauen) sicher einmal und ein Patient (0,3% des Kollektivs, 0,5% aller Männer) mehr als einmal gelitten. Als fraglich erkrankt wurden 13 (4,6%) Patienten (8m=4,2% und 5w=5,3%) bezeichnet. 246 (86,3%) Patienten (164m=85,9% und 82w=87,2%) boten keinen entsprechenden Befund. Über 15 (5,3%) Patienten (11m=5,7% und 4w=4,2%) liegen leider keine Angaben vor.

3.1.1.6.6. Alkohol-Delir

In der Anamnese oder bei der psychiatrischen Untersuchung boten 43 Patienten (15,1% des Kollektivs), 29 Männer (15,2% aller Männer) und 14 Frauen (14,9% aller Frauen), ein Delir. Mehr als einmal hatten 7 (2,4%) Patienten (6m=3,1% und 1w=1,1%) ein Delir erlitten. 27 (9,5%) Patienten (18m=9,4% und 9w=9,6%) waren an dieser Psychose fraglich erkrankt gewesen, während 203 (71,2%) Patienten (133m=69,6% und 70w=74,5%) keine entsprechenden Symptome schilderten. Bei 5 (1,7%) Patienten (m=2,6% aller Männer) liegen keine eindeutigen Auskünfte vor.

3.1.1.6.7. Korsakow-Psychose

An einer Korsakow-Psychose waren 4 Patienten (1,4% des Kollektivs), ein Mann (0,5% aller Männer) und 3 Frauen (3,2% aller Frauen) mit Sicherheit und 14 (4,9%) Patienten (9m=4,7% und 5w=5,3%) fraglich erkrankt. 267 (93,7%) Patienten (181m=94,8% und 86w=91,5%) boten keine entsprechende Symptomatik.

3.1.1.7. Typisierung nach JELLINEK

In der Typisierung des Alkoholkranken nach JELLINEK (35) kommt der psychischen und physischen Alkoholabhängigkeit, sowie dem Kontrollverlust entscheidende Bedeutung zu.

"Die physische Abhängigkeit ist durch die bei Alkoholabstinenz auftretenden Entzugssymptome wie Zittern, Brechreiz, Schwitzen u.a. charakterisiert. Die psychische Abhängigkeit besteht in einem psychischen Druck bis hin zum zwanghaften Impuls, wegen psychischer Spannungen und Konflikte, sowie wegen psychosomatischer Streßzustände Alkohol zu trinken" (FEUERLEIN 25).

JELLINEK definiert den Kontrollverlust als eine "Unfähigkeit, mit dem Trinken aufzuhören" (JELLINEK 35).

Er unterscheidet:

- | | |
|----------------|--|
| alpha-Trinker, | die nur psychisch abhängig sind und bei denen kein Kontrollverlust besteht. Sie werden als " <u>Konflikttrinker</u> " bezeichnet. |
| beta-Trinker, | bei ihnen findet man weder psychische noch physische Abhängigkeit oder Kontrollverlust. Sie werden als " <u>Gelegenheitstrinker</u> " bezeichnet. |
| gamma-Trinker, | mit Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz. Zunächst psychische, dann auch physische Abhängigkeit. Sie entsprechen dem Typus des " <u>süchtigen Trinkers</u> ". |
| delta-Trinker, | Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust, physische Abhängigkeit. Dies sind die Charakteristika des " <u>Gewohnheitstrinkers</u> ". |

Der Begriff des

epsilon-Typ gekennzeichnet durch episodisches Trinken mit episodischem Kontrollverlust

wurde von JELLINEK später eingeführt.

Aus unserem Kollektiv wurden 30 Patienten (10,5% des Kollektivs), 14 Männer (7,3% aller Männer) und 16 Frauen (17,0% aller Frauen), als Konflikttrinker eingestuft, die jedoch teilweise bereits deutliche Tendenzen zum Suchtverhalten zeigten.

Als Gelegenheitstrinker wurde kein Patient bezeichnet.

158 (55,4%) Patienten (107m=56,0% und 51w=54,2%) wurden als süchtige Trinker beurteilt.

Als Gewohnheitstrinker erwiesen sich 49 (17,2%) Patienten (41m=21,5% und 8w=8,5%).

Den episodischen Trinker repräsentieren 17 (6,0%) Patienten (11m=5,7% und 6w=6,4%).

Aufgrund der vorliegenden Daten konnten 26 (9,1%) Patienten (16m=8,4% und 10w=10,6%) nicht näher eingeordnet werden.

Die genaue Typisierung blieb bei 5 (1,7%) Patienten (2m=1,0% und 3w=3,2%) gänzlich unbekannt.

3.1.1.7.1. Kontrollverlust

107 Patienten (37,5% des Kollektivs), 68 Männer (35,6% aller Männer) und 39 Frauen (41,5% aller Frauen) erlitten einen Kontrollverlust, wobei dieses Symptom bei zusätzlich 31 (10,9%) Patienten (24m=12,6% und 7w=7,4%) fraglich vorhanden war. 73 (25,6%) Patienten (47m=24,6% und 26w=27,6%) waren imstande, kontrolliert zu trinken. Bei 74 (26,0%) Patienten (52m=27,2% und 22w=23,4%) fehlten nähere Angaben zu diesem Thema.

3.1.1.7.2. Psychische Abhängigkeit

Als psychisch abhängig mußten 150 Patienten (52,6% des Kollektivs), 93 Männer (48,7% aller Männer) und 57 Frauen (60,6% aller Frauen), bezeichnet werden, wobei dieser Befund bei weiteren 80 (28,1%) Patienten (55m=28,8% und 25w=26,6%) fraglich vorhanden war. Nur 15 (5,3%) Patienten (11m=5,7% und 4w=4,2%) wurden als psychisch nicht abhängig bezeichnet. Bei 40 (14,0%) Patienten (32m=16,7% und 8w=8,5%) lagen keine näheren Informationen vor.

3.1.1.7.3. Physische Abhängigkeit

Physisch vom Alkohol abhängig waren 155 Patienten (54,4% des Kollektivs), 99 Männer (51,8% aller Männer) und 56 Frauen (59,6% aller Frauen); weitere 58 (20,3%) Patienten (40m=20,9% und 18w=19,1%) waren fraglich physisch abhängig. Nur 34 (11,9%) Patienten (22m=11,5% und 12w=12,8%) zeigten keine körperliche Abhängigkeit vom Alkohol. Für 38 (13,3%) Patienten (30m=15,7% und 8w=8,5%) liegt kein eindeutiger Befund vor.

3.1.2. Somatische Erkrankungen

3.1.2.1. Alkoholfolgekrankheiten

Hier sollen zunächst Erkrankungen angeführt werden, die hinsichtlich ihrer Pathogenese sicher oder wahrscheinlich durch den Alkoholismus unserer Patienten mitbedingt sind. Unter diese Alkoholfolgekrankheiten wurden subsummiert:

- Lebererkrankungen
(Fettleber, Alkohol-Hepatitis, Leberzirrhose, Zieve-Syndrom, Ösophagusvarizenblutung, Coma hepaticum)
- Pankreatitis
- Gastritis
- Polyneuropathie
- andere Alkoholfolgeerkrankungen.

3.1.2.1.1. Lebererkrankungen

Über die genaue histologische Diagnose lagen teilweise sehr detaillierte Informationen vor, da ein großer Teil unserer Patienten zunächst in einer Inneren Abteilung untersucht worden war (vgl. Methodik), und dort häufig Leberbiopsien durchgeführt wurden.

Eine (alkoholbedingte) Fettleber wurde bei 78 (27,4% des Kollektivs) Patienten, 60 Männern (31,4% aller Männer) und 18 Frauen (19,1% aller Frauen) diagnostiziert.

An einer Hepatitis litten 43 (15,1%) Patienten (30m=15,7% und 13w=13,8%). Bei 15 dieser Patienten (34,9% aller Patienten mit Hepatitis), 14 Männern (46,7% aller Männer mit dieser Diagnose) und einer Frau (7,7% aller Frauen mit der Diagnose 'Hepatitis'), wurde diese Hepatitis als eindeutig alkoholischer Genese diagnostiziert.

Bei 34 (11,9% des Kollektivs) Patienten, 24 Männern (12,6% aller Männer) und 10 Frauen (10,6% aller Frauen) wurde eine Leberzirrhose festgestellt.

An einem Zieve-Syndrom, charakterisiert durch Cholestase, hämolytische Anämie und vorübergehende Hyperlipämie, waren 5 (1,7%) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) erkrankt.

An einer Lebererkrankung, die aber wegen fehlender diagnostischer Maßnahmen nicht genauer differenziert werden kann, litten weitere 47 (16,5%) Patienten (30m=15,7% aller Männer und 17w=18,1% aller Frauen).

Es bleibt noch zu erwähnen, daß 3 Patienten (m; 1,0% aller Patienten, 1,6% aller Männer) ein Coma hepaticum und daß 2 Patienten (0,7% aller Patienten, ein Mann=0,5% aller Männer und eine Frau=1,1% aller Frauen) eine Ösophagusvarizenblutung überlebt hatten.

Von 11 (3,8% des Kollektivs) Patienten (5,7% aller Männer) liegen keine Unterlagen vor.

3.1.2.1.2. Relevante Laborparameter

Der sensibelste Indikator (vgl. Abb.4) für das Vorhandensein einer der oben genannten Lebererkrankungen ist die gamma-GT: bei 84 (29,5% des Kollektivs) Patienten, 62 Männern (32,5% aller Männer) und 22 Frauen (23,4% aller Frauen) war die gamma-GT deutlich und bei 24 (8,4%) Patienten (15m=7,8% und 9w=9,6%) extrem erhöht. Diese hochpathologischen Werte waren folgendermaßen verteilt:

5 (1,7% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) lagen im gamma-GT-Wert zwischen 200-300 mU/ml, 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) hatten Werte zwischen 300-400 mU/ml, 1 (0,3%) Patient (w=1,1% aller Frauen) bot einen Wert zwischen 400-500 mU/ml und ein (0,3%) Patient (m=0,5% aller Männer) zwischen 500-600 mU/ml. Bei 4 (1,4%) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) lag der gamma-GT-Wert

zwischen 600-1000 mU/ml, während 7 (2,4%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) Werte zwischen 1000 und 2000 mU/ml boten. Über 2000 mU/ml zeigten 2 (0,7%) Patienten (0,5% aller Männer und 1,1% aller Frauen). Bei 46 (16,1%) Patienten (26m=13,6% und 20w=21,3%) lag der gamma-GT-Wert im Normbereich; dieser Wert wurde bei weiblichen Patienten zwischen 4-18 mU/ml und bei männlichen Patienten zwischen 6-28 mU/ml festgelegt. Die gamma-GT-Werte von 131 (46,0%) Patienten (88m=46,1% und 43w=45,7%) liegen uns leider nicht vor.

Als Normbereich für die GOT wurde bei weiblichen Patienten ein Wert bis 15 mU/ml und bei männlichen Patienten bis 18 mU/ml veranschlagt.

Die GOT lag bei 113 (39,6% des Kollektivs) Patienten (74m=38,7% aller Männer und 39w=41,5% aller Frauen) im Normbereich und war bei 100 (35,1%) Patienten (69m=36,1% und 31w=33,0%) erhöht.

Eine extreme Erhöhung - wir wählten einen unteren Grenzwert von 150 mU/ml - wurde bei 5 (1,7%) Patienten (3m=1,6% und 2w=2,1%) gemessen.

Für 67 (23,5%) Patienten (45m=23,6% und 22w=23,4%) liegen keine Werte vor.

Die GPT war bei 125 (43,8% des Kollektivs) Patienten (79m=41,4% aller Männer und 46w=48,9% aller Frauen) im Normbereich. Als Normwert galt bei Frauen bis 17 mU/ml und bei Männern bis 22 mU/ml. Diese Werte waren bei 90 (31,6%) Patienten (64m=33,5% und 26w=27,6%) erhöht und fiel bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) hochpathologisch aus (mehr als 150 mU/ml).

Für 69 (24,2%) Patienten (47m=24,6% und 22w=23,4%) liegen keine Ergebnisse vor.

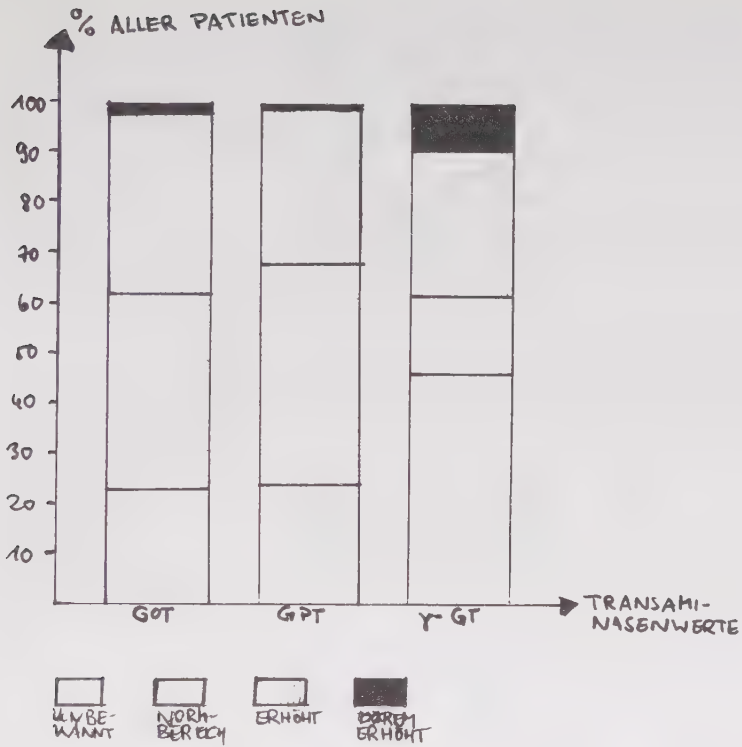


Abb.4: Laborwerte (GOT, GPT, gamma-GT)
bei alkoholkranken Patienten

3.1.2.1.3. Weitere Alkoholfolgekrankheiten

An einer akuten oder chronischen Pankreatitis waren 16 (5,6% des Kollektivs) Patienten, 11 Männer=5,7% aller Männer und 5 Frauen (5,3% aller Frauen), erkrankt.

Unter einer Gastritis litten 50 (17,5%) Patienten (38m=19,9% und 12w=12,8%).

Bei 54 (18,9%) Patienten (39m=20,4% und 15w=15,9%) wurde eine Polyneuropathie festgestellt.

Bei 3 (1,0%) Patienten (m=1,6% aller Männer) wurde eine alkoholische Kardiomyopathie und bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) alkoholinduzierte Hypoglykämien nachgewiesen.

Abb.5 gibt einen Überblick über die somatischen Alkoholfolgekrankheiten.

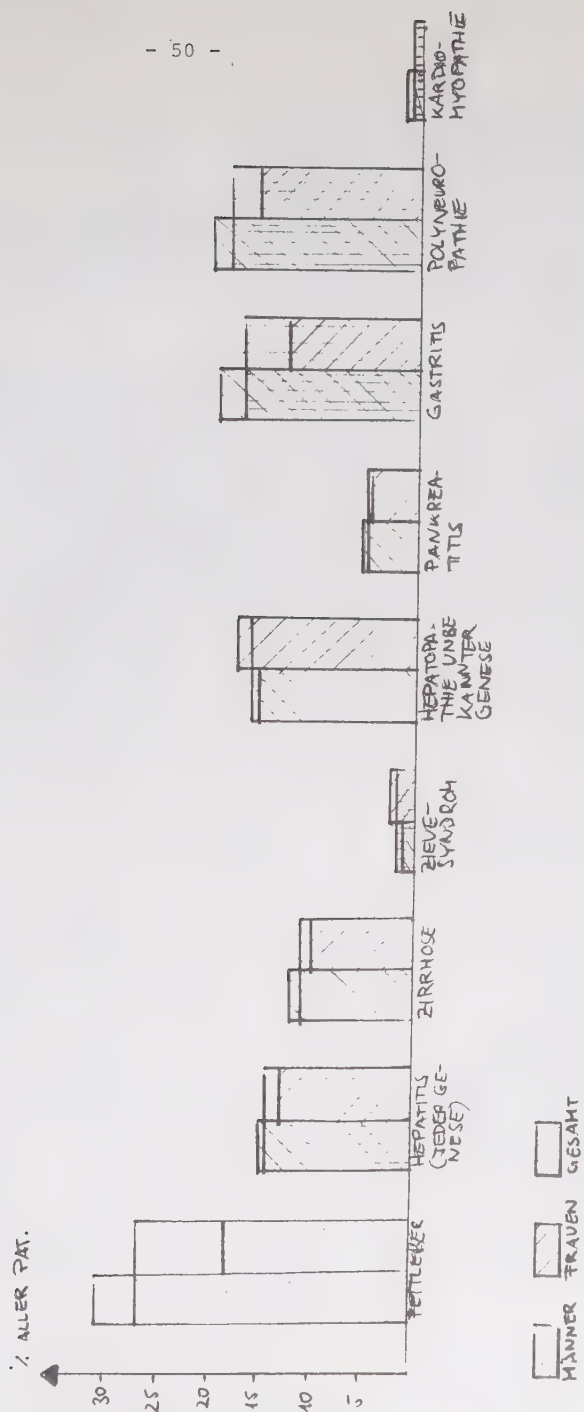


Abb. 5: Somatische Alkoholfolgekrankheiten bei Männern und Frauen

3.1.2.2. Weitere somatische Diagnosen

3.1.2.2.1. Internistische Diagnosen

Einen Überblick über weitere internistische Diagnosen gibt Tab.3. Psychogen oder psychosomatisch bedingte Krankheiten wurden jedoch hier ausgeklammert und werden in einem späteren Abschnitt besprochen.

Erkrankung	Männer	in % aller Männer	Frauen	in % aller Frauen
M. Hodgkin	1	0,5	-	-
chron.Bronchitis	15	7,8	2	2,1
Tuberkulose	6	3,1	2	2,1
Pneumonie	7	3,7	2	2,1
arterielle Verschußkrankheit	2	1,0	-	-
Pleuritis	2	1,0	-	-
Orthostasesyndrom	5	2,6	3	3,2
Gicht	6	3,1	-	-
Herzinsuffizienz	9	4,7	1	1,1
Pyelonephritis	5	2,6	-	-
Harnwegsinfekt	4	2,1	9	9,6
Niereninsuffizienz	3	1,6	-	-
Nephrolithiasis	1	0,5	1	1,1
Thrombophlebitis	1	0,5	1	1,1
generalisierte Arteriosklerose	3	1,6	-	-
Lungenemphysem	1	0,5	1	1,1
Myokarditis	1	0,5	1	1,1
Struma	2	1,0	2	2,1
Cholelithiasis	2	1,0	-	-
Cholangitis	3	1,6	1	1,1
Anämie	3	1,6	2	2,1
Herzklappenentzündung	1	0,5	-	-
hypokaliämische Lähmungen	1	0,5	-	-
Lungeninfarkt	1	0,5	-	-
Primär chronische Polyarthrit	1	0,5	-	-
Nierenaplasie	-	-	1	1,1
Gallengangsdyskinesie	-	-	2	2,1
Status varicosus	-	-	2	2,1
V.a. Sarkoidose	-	-	1	1,1
Z.n. Herzstillstand	-	-	1	1,1
Atelektase	-	-	1	1,1
Polyarthrit rheumatica	-	-	1	1,1
Cholezystitis	-	-	2	2,1
Adenom der Schilddrüse	-	-	1	1,1
Kachexie	-	-	2	2,1
chron. Diarrhoe	-	-	1	1,1
Felty-Syndrom	-	-	1	1,1
Z.n. Schwefel-Vergiftung	-	-	1	1,1
Hypothyreose	-	-	1	1,1
Diabetes mell.	16	8,4	3	3,2

Tab.3: internistische, nicht alkoholbedingte Erkrankungen

3.1.2.2.2. Chirurgische, orthopädische und urologische Diagnosen

Tab. 4 beinhaltet die chirurgischen, orthopädischen und urologischen Diagnosen. In welchem Ausmaß die zahlreichen unfallbedingten Frakturen im Zusammenhang mit Alkoholgenuß stehen, konnte retrospektiv nicht mehr geklärt werden.

Diagnose	in % aller		in % aller	
	Männer	Männer	Frauen	Frauen
Operation nach Billroth II	27*	14,1	2*	2,1
Amputation von Gliedmaßen	4	2,1	-	-
Frakturen von Extremitäten	6	3,1	4	4,2
Schädelbasisbruch	1	0,5	-	-
Nasenbeinfraktur	-	-	1	1,1
Beckenfraktur	2	1,0	1	1,1
Sehnedurchtrennung nach SMV	1	0,5	-	-
Wirbelsäulenfraktur	1	0,5	-	-
Cholezystektomie	5	2,6	3	3,2
Luxationen	2	1,0	-	-
Milzexstirpation	2	1,0	-	-
degenerative Bandscheibenschäden	5	2,6	2	2,1
M.Scheuermann	1	0,5	-	-
Osteomyelitis	1	0,5	1	1,1
Meniskus-Operation	-	-	1	1,1
Sterilisation	1	0,5	-	-
Orchiektomie	1	0,5	-	-
Pankreasquetschung	1	0,5	-	-
Leberruptur	1	0,5	-	-

*vgl. den Abschnitt über psychosomatische Erkrankungen

Tab.4: chirurgische, orthopädische und urologische Diagnosen

3.1.2.2.3. Gynäkologische Diagnosen

Bei den 94 weiblichen Patienten wurden folgende gynäkologische Diagnosen gestellt:

- Z.n. Abrasio (z.T. mehrfach) bei 3 Patientinnen (3,2% aller Fr.)
- Z.n. Abortio (z.T. mehrfach) bei 8 Patientinnen (8,5%)
- Z.n. Extrauterin gravidität bei 3 Patientinnen (3,2%)
- Z.n. Fehl- oder Frühgeburt (z.T. mehrfach) bei 11 Patientinnen (11,7% aller Frauen)

- bestehende Schwangerschaft bei 2 Patientinnen (2,1%)
- sekundäre Amenorrhoe bei 6 Patientinnen (6,4%)
- Z.n. Tubenligatur bei 2 Patientinnen (2,1%)
- chron. Adnexitis bei 4 Patientinnen (4,2%)
- Endometriose bei einer Patientin (1,1%)
- Uterus myomatosus bei einer Patientin (1,1%)
- Cervix-Carcinom bei einer Patientin (1,1%)
- Z.n. Ovariectomie und Uterusexstirpation bei 4 Patientinnen (4,2%).

3.1.2.2.4. Dermatologische und venerologische Diagnosen

Von unserem Patientenkollektiv waren nur Männer an venerologischen Infektionen erkrankt: bei 6 (3,1% aller Männer) von ihnen fand sich in der Anamnese eine Gonorrhoe (wobei einige Patienten mehrfach infiziert worden waren) und bei 2 (1,1% aller Männer) Patienten Lues. 2 (1,1%) Männer und eine Frau (1,1% der Frauen) waren an Psoriasis erkrankt, außerdem wurde bei den Männern je einmal die folgende Diagnose gestellt:

- lichenifiziertes Exanthem (0,5% der Männer)
- Sklerodermie
- Pityriasis rosea
- Akne
- Impotentia generandi.

Eine Frau (1,1% aller Frauen) war an Lupus erythematodes erkrankt.

3.1.2.2.5. Augen- und HNO-Diagnosen

Folgende augenärztliche Diagnosen wurden gestellt:

- Glaukom (2m, 1w): 1,0% aller Patienten
- Kolobom (m): 0,3% aller Patienten
- Blindheit (2m, w): 1,0% aller Patienten

Die Patienten litten an folgenden HNO-ärztlichen Erkrankungen:

- Otitis (m): 0,3% aller Patienten
- hochgradige Schwerhörigkeit (m, 2w): 1,0% aller Patienten
- Kehlkopfkarcinom (m): 0,3% aller Patienten
- chron. Tonsillitis (m): 0,3% aller Patienten
- Z.n. Stimmbandpolypen-Operation (m): 0,3% aller Patienten.

3.1.2.3. Kombinierte Diagnosen

Insgesamt waren 246 (86,3% des Kollektivs) Patienten, 157 Männer (82,2% aller Männer) und 89 Frauen (94,7% aller Frauen), von einer somatischen Krankheit betroffen.

Eine genauere Analyse zeigt, daß 46 (16,1%) Patienten (22m=11,5% und 24w=25,5%) nur an solchen Erkrankungen litten, die eindeutig oder sehr wahrscheinlich nicht mit dem Alkoholabusus in Zusammenhang stehen:

- 7 Frauen hatten eine gynäkologische Erkrankung (7,4% aller Frauen)
- 1 Frau litt an einer dermatologischen Erkrankung (1,1%)
- 3 Frauen hatten sich chirurgischen Operationen unterzogen (3,2%)
- 2 Frauen hatten als einzige Diagnose eine internistische Erkrankung (2,1%)
- 5 Frauen litten an einer psychosomatischen⁺ Erkrankung, kombiniert mit verschiedenen anderen somatischen Erkrankungen (5,3% aller Frauen)
- 6 Frauen litten an mehreren Erkrankungen aus verschiedenen Fachgebieten (6,4%).

⁺ zur Bestimmung einer psychosomatischen Erkrankung
vgl. bitte das folgende Kapitel

Bei den männlichen Patienten bot sich folgendes Bild:

- 2 Männer hatten nur eine dermatologische bzw. venerologische Diagnose (1,0% aller Männer)
- 5 Männer waren nur an einem chirurgischen bzw. orthopädischen Leiden erkrankt (2,6%)
- 4 Männer boten kombinierte Diagnosen aus verschiedenen Fachgebieten (2,1%)
- ein Patient litt an einer internistischen, nicht alkoholbedingten Erkrankung (0,5%)
- 10 Männer boten psychosomatische Diagnosen, kombiniert mit verschiedenen anderen Erkrankungen (5,2%).

Kurz seien jene 12 (4,2% des Kollektivs) Patienten erwähnt, die je eine psychosomatische Diagnose zugeteilt bekamen:

- 2 Männer litten an Diabetes mell. (1,0% aller Männer)
- 5 Patienten (4m=2,1% aller Männer und w=1,1% aller Frauen) litten an Magen-Darm-Geschwüren
- 2 Männer waren an Hypertonie erkrankt (1,0% aller Männer)
- 2 Männer (1,0%) und eine Frau (1,1%) hatten eine Magenresektion zur Diagnose.

49 (17,2% des Kollektivs) Patienten, 36 Männer (18,8% aller Männer) und 13 Frauen (13,8% aller Frauen), litten nur an solchen Krankheiten, die sich mit größter Wahrscheinlichkeit dem Alkoholmißbrauch zuschreiben lassen, wobei hierunter Lebererkrankungen, Pankreatitis und Gastritis, jedoch aus technischen Gründen nicht die Polyneuropathie subsummiert werden.

- 11 Frauen (11,7% aller Frauen) wurden als leberkrank diagnostiziert. Von ihnen waren 3 Patientinnen (3,2%) an einer alkoholischen Fettleber und 7 Patientinnen (7,4%) an einer histologisch und/oder laborchemisch nicht näher abgeklärten Hepatopathie erkrankt, die jedoch alkoholischer Genese sein dürfte. Eine Patientin (1,1% aller Frauen) litt an einer Leberzirrhose, kombiniert mit portaler Hypertension und Ösophagusvarizenblutung.
- 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) litten an Gastritis.

Bei den männlichen Patienten bot sich folgendes Bild:

- 26 (13,6% aller Männer) Männer hatten sich einen Leberschaden zugezogen. Es fand sich bei
- 7 Patienten eine Fettleber (3,7% aller Männer)
- einem Patienten eine alkoholische Hepatitis (0,5%)
- 3 Patienten eine Leberzirrhose (1,6%)
- 7 Patienten eine Hepatopathie ungeklärter Histologie (3,7%)
- 2 Patienten ein Zieve-Syndrom (1,0%)
- 4 Patienten eine Fettleber, kombiniert mit alkoholischer Hepatitis (2,1%)
- 2 Patienten eine Zirrhose, kombiniert mit einer alkoholischen Hepatitis (1,0%)
- 2 Patienten litten an akuter bzw. chronischer Pankreatitis (1,0%)
- 5 Männer klagten über Gastritis (2,6%)
- 3 Männer boten kombinierte Alkoholfolgekrankheiten (1,6%).

Die meisten unserer Patienten, 82 Männer (42,9% aller Männer) und 36 Frauen (38,3% aller Frauen) bzw. 41,4% des Gesamtkollektivs, litten an mehreren Erkrankungen verschiedener Genese, wobei jedoch der Alkoholmißbrauch zumindest bei einer Erkrankung eine entscheidende Rolle spielt.

Bei den weiblichen Patienten bot sich folgendes Bild:

An einer oder mehreren Lebererkrankungen alkoholischer Genese (wozu wir aus Gründen der Vereinfachung auch die Hepatitis zählen wollen, die nicht eindeutig als Serum-Hepatitis klassifiziert wurde), kombiniert mit einer oder mehreren anderen somatischen oder psychosomatischen Erkrankungen, litten 27 Patientinnen (28,7% aller Frauen), wobei

- bei 8 (8,5%) Patientinnen eine Hepatopathie, kombiniert mit einer anderen internistischen Erkrankung,
- bei 4 (4,2%) Patientinnen eine Hepatopathie, verbunden mit einer gynäkologischen Diagnose
- bei 10 (10,6%) Patientinnen neben der Hepatopathie mindestens zwei weitere Diagnosen aus verschiedenen Fachgebieten festgestellt wurden.

Bei 5 (5,3% aller Frauen) Patientinnen war die Hepatopathie mit einer psychosomatischen Erkrankung und weiteren Leiden aus verschiedenen Fachgebieten verbunden.

An einer Pankreatitis litten 2 (2,1%) Patientinnen, wobei diese Diagnose mit weiteren internistischen und psychosomatischen Diagnosen verbunden war.

An einer Gastroduodenitis als alleiniger Alkoholfolgekrankheit, verbunden mit weiteren Diagnosen aus verschiedenen Fachgebieten, litt eine Patientin (1,1% aller Frauen).

Mehrere Alkoholfolgekrankheiten, verbunden mit anderen Erkrankungen, sind bei 6 (6,4% aller Frauen) Patientinnen zu verzeichnen.

Es fanden sich

- bei 2 (2,1%) Patientinnen die Kombination
Hepatopathie-Pankreatitis-Gastritis
- bei einer Patientin (1,1%) Hepatopathie und Pankreatitis
- bei 3 (3,2%) Patientinnen die Kombination Hepatopathie-Gastritis,

jeweils verbunden mit weiteren somatischen und psychosomatischen Diagnosen.

Bei den Männern ergab sich folgendes Bild:

an einer oder mehreren Lebererkrankungen alkoholischer Genese, kombiniert mit zumindest einer anderen somatischen oder psychosomatischen Diagnose, litten 52 Patienten (27,2% aller Männer), wobei

- bei 13 Patienten (6,8% aller Männer) eine Hepatopathie kombiniert war mit einer weiteren, nicht-alkoholbedingten Erkrankung
- bei 10 Patienten (5,2% aller Männer) die Hepatopathie verbunden war mit zwei weiteren somatischen, nicht-alkoholbedingten Erkrankungen
- bei 29 Patienten (15,2% aller Männer) die Hepatopathie kombiniert war mit psychosomatischen und/oder somatischen Erkrankungen.

Weitere 2 Patienten (1,0% aller Männer) litten an einer Pankreatitis, wiederum verbunden mit einer psychosomatischen und weiteren somatischen Diagnosen.

6 Patienten (3,1% aller Männer) waren an einer Gastritis erkrankt, wobei auch hier wieder psychosomatische und Erkrankungen aus verschiedenen Fachgebieten hinzu kamen.

Weiterhin fanden wir in unserem Kollektiv einen Patienten (0,5% aller Männer), der an einer alkoholtoxischen Kardiomyopathie, und einen Patienten, der an alkoholinduzierten Hypoglykämien litt. Beide Patienten wiesen außerdem eine psychosomatische Erkrankung auf.

Mehrere Alkoholfolgekrankheiten, jeweils verbunden mit anderen somatischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, wurden bei 24 Patienten (12,6% aller Männer) vermerkt:

- 18 Patienten (9,4% aller Männer) litten an den beiden Alkoholfolgekrankheiten Gastritis und Hepatopathie, wobei noch bei jedem Patienten wichtige andere Diagnosen hinzu kommen
- 2 Patienten (1,0% aller Männer) waren an Hepatopathie, Pankreatitis und Gastritis erkrankt; auch hier fanden wir wieder wichtige andere internistische Diagnosen
- 2 Patienten (1,0% aller Männer) litten an Hepatopathie und Pankreatitis, verbunden mit weiteren Erkrankungen
- bei einem Patienten (0,5% aller Männer) fand sich die Kombination Gastritis-Pankreatitis, bei einem weiteren Patienten die Kombination Hepatopathie-toxische Myokardschädigung; auch bei diesen Patienten mußten weitere internistische Diagnosen gestellt werden.

3.1.3. Psychosomatische Diagnosen

Um eine psychosomatische Erkrankung bestimmen zu können, stützten wir uns bereits im vorhergehenden Abschnitt auf die Einteilung von BRÄUTIGAM (10) und klassifizierten demgemäß folgende Erkrankungen als psychosomatisch bzw. psychogen bedingt:

- koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, funktionelle Herzbeschwerden (=Da-Costa-Syndrom), Herzphobie
- Magen-Darm-Ulcus, bzw. Magenresektion nach Billroth
- Hypertonie
- Diabetes mell.
- Migräne
- synkopale Anfälle
- Hyperthyreose
- Adipositas
- sek. Amenorrhoe
- Dysmenorrhoe
- Urticaria, Allergie
- Asthma bronchiale
- Hyperventilationstetanie
- psychovegetatives Syndrom
- psychogene Amnesien.

Nach unseren Unterlagen litten 122 (42,8% des Kollektivs) Patienten, 84 Männer (44,0% aller Männer) und 38 Frauen (40,4% aller Frauen), an psychosomatischen und/oder psychogenen Erkrankungen.

3.1.3.1. Erkrankungen der Atmungsorgane

Ein Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) litt an Asthma bronchiale. 5 Patienten (1,7% des Kollektivs), 2 Männer (1,0% aller Männer) und 3 Frauen (3,2% aller Frauen), berichteten von Hyperventilationstetanien.

3.1.3.2. Herz-Kreislauf-System

6 Patienten (2,1% aller Patienten; 3,1% aller Männer) hatten bereits einen Herzinfarkt überlebt. Über Angina pectoris klagten 7 (2,4%) weitere Patienten (6m=3,1% aller Männer und w=1,1% aller Frauen). Hypertonische Blutdruckwerte zeigten 16 (5,6%) Patienten (14m=7,3% und 2w=2,1%), während über vegetative Dystonie 7 (2,4%) Patienten (4m=2,1% und 3w=3,2%) klagten. 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) hatten Beschwerden im Sinne einer Herzneurose, ein Patient (0,3% des Kollektivs, 0,5% aller Männer) litt an synkopalen Anfällen. 8 (2,8%) Patienten (2m=1,1% und 6w=6,4%) klagten über Migräne.

3.1.3.3. Verdauungssystem

Bei 29 (10,2% des Kollektivs) Patienten (27m=14,1% und 2w=2,1%) war der Magen reseziert worden, wobei etwa 30% dieser Patienten weiterhin an einer Stumpfgastritis litten. Weitere 20 (7,0%) Patienten (14m=7,3% und 6w=6,4%) klagten über Magen-Darm-Geschwüre.

Speziell bei den Erkrankungen des Verdauungstraktes ist der Einfluß des Alkoholmißbrauchs gewiß nicht zu leugnen. "Hier begegnen sich psychopathologische Phänomene des Ulcuskranken mit der Neigung zur Sucht, auf der anderen Seite die die Ulcusentwicklung fördernde Noxe des Alkohols" (25). Aufgrund dieser "psychopathologischen Phänomene" sei es erlaubt, die ulcuskranken Patienten hier einzureihen.

3.1.3.4. Innere Sekretion

Eine Patientin litt an Hyperthyreose (0,3% aller Patienten; 1,1% aller Frauen). 33 (11,6% des Kollektivs) Patienten (23m=12,0% aller Männer und 10w=10,6% aller Frauen) wurden als adipös bezeichnet, während sich eine ausgeprägte Kachexie bei zwei Patientinnen fand (0,7% des Kollektivs; 2,1% aller Frauen)

3.1.3.5. Dermatologie

Bei einer Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) wurde Urticaria diagnostiziert, während 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (m=0,5% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) über stärkere Allergien klagten.

3.1.3.6. Gynäkologie

Bei 6 Patientinnen (6,4% aller Frauen) wurde eine sekundäre Amenorrhoe diagnostiziert. 8 Patientinnen (8,5% aller Frauen) berichteten über dysmenorrhoeische Beschwerden.

3.1.3.7. Psychogene Erkrankungen

Ein Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) litt unter psychogenen Amnesien.

3.1.3.8. Kombinierte psychosomatische Diagnosen

Von den 84 männlichen Patienten (44,0% aller Männer), die eine psychosomatische Diagnose aufwiesen, litten 15 (7,8% aller Männer) an zwei oder mehr der oben aufgeführten Erkrankungen:

- die häufigste psychosomatische Diagnose bei Männern, die Magenresektion, war bei 2 Patienten mit psychosomatischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen kombiniert (Hypertonie, Angina pect.)
- bei 2 Patienten, die an Ulcus duodeni litten, war dieses mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden (Angina pect., vegetative Dystonie)
- bei 5 von 6 Patienten war Adipositas mit einer psychosomatisch bedingten Herz-Kreislauf-Erkrankung verbunden, bei dem letzten Patienten mit einer Allergie
- bei 2 Patienten, die an Angina pect. litten, war diese einmal mit einer Hyperventilationstetanie, zum anderen mit Asthma bronchiale verknüpft
- 3 Patienten litten an 3 verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen, nämlich an den Kombinationen
Adipositas-Magenresektion-Hypertonie
Adipositas-Ulcus duodeni-Migräne
Herzinfarkt-Magenresektion-Hypertonie.

Bei 10 (10,6% aller Frauen) von 38 Patientinnen (40,4% aller Frauen), die an einer psychosomatischen Krankheit litten, wurden kombinierte psychosomatische Diagnosen gestellt:

- bei 4 Patientinnen, die an Dysmenorrhoe litten, war diese zweimal mit Migräne und je einmal mit Hyperventilationstetanie und vegetativer Dystonie verbunden
- bei 3 adipösen Patientinnen war dieser Befund je einmal mit Hypertonus, Hyperthyreose und Magenulcus verbunden
- eine Patientin war kachektisch und litt an Ulcus duodeni

- 2 Patientinnen zeigten eine dreifache psychosomatische

Diagnose:

Amenorrhoe-Migräne-Adipositas

Amenorrhoe-vegetative Dystonie-Allergie.

3.1.4. Neurologische Diagnosen

Über hier erfaßte neurologische Alkoholfolgekrankheiten wurde bereits in früheren Abschnitten berichtet.

57 (20,0% des Kollektivs) Patienten, 45 Männer (23,6% aller Männer) und 12 Frauen (12,8% aller Frauen), litten an Anfallserkrankungen. Eine genauere Analyse zeigt, daß diese Anfälle

- bei 17 (6,0% des Kollektivs) Patienten (13m=6,8% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) als Entzugsäquivalente aufgefaßt werden können
- weder nach Art noch nach Genese bei 11 (3,8%) Patienten (8m=4,2% und 3w=3,2%) näher beschrieben wurden
- als Grand-Mal ungeklärter Genese bei 22 (7,7%) Patienten (18m=9,4% und 4w=4,2%) beeindruckten
- bei 3 Patienten (1,0% des Kollektivs; 1,6% aller Männer) posttraumatisch bedingt waren.

Weiterhin litt eine Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) an Dämmerzuständen ungeklärter Genese, ein Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) an Temporallappenepilepsie, einer an Jackson-Anfällen und bei einem Patienten bestand der Verdacht auf tonische Hirnstamm-anfälle.

Bei 67 (23,5% des Kollektivs) Patienten, 57 Männern (29,8% aller Männer) und 10 Frauen (10,6% aller Frauen), fanden wir weitere neurologische Diagnosen, wobei 10 (3,5%) Patienten (9m=4,7% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) an mehreren neurologischen Erkrankungen litten.

Im folgenden seien die Diagnosen aufgeführt, wobei aber betont werden muß, daß es sich - wie auch bei den bereits beschriebenen somatischen und psychosomatischen Erkrankungen - um den aktuellen Status oder aber um eine in der Vergangenheit liegende Erkrankung handeln kann:

- eine Schädelprellung hatten 22 (7,7% des Kollektivs) Patienten, 19 Männer (9,9% aller Männer) und 3 Frauen (3,2% aller Frauen), erlitten
- ein leichtes Schädel-Hirntrauma boten 8 (2,8%) Patienten (7m=3,7% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen)
- an einem mittelschweren Schädel-Hirntrauma waren 10 (3,5%) Patienten (7m 3,7% und 3w=3,2%) erkrankt
- ein schweres Schädel-Hirntrauma hatte sich ein Patient zugezogen (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer)
- eine Schädelfraktur ohne cerebrale Komplikationen hatten 8 Patienten (m=4,2% aller Männer; 2,8% des Kollektivs) in ihrer Anamnese
- eine cerebrale Gefäßsklerose hatten 2 Patienten (m=1,0% aller Männer; 0,7% des Kollektivs) als Diagnose
- ein Subduralhämatom hatten 2 Patienten (m=1,0% aller Männer; 0,7% aller Patienten)erlitten
- einen Z.n. Hirninfarkt zeigten 3 Patienten (m=1,6% aller Männer; 1,0% des Kollektivs)
- an einem lumbalen Wurzelsyndrom litten 2 Patienten (m=1,0% aller Männer; 0,7% des Kollektivs)
- ein Cervikalsyndrom wurde bei 3 Patienten (m=1,6% aller Männer; 1,0% des Kollektivs) diagnostiziert
- folgende Diagnosen wurden je einmal bei den männlichen Patienten gefunden:
Meningitis, Trigeminusneuralgie, Tic, Peronaeus-Parese, neurologische Begleiterscheinung bei medikamentöser Behandlung, diffuse organische Erkrankung des ZNS, Facialisparese, Lyssa
(je 0,3% des Kollektivs; je 0,5% aller Männer)

- folgende Diagnosen wurden je einmal bei den weiblichen Patienten gestellt:
Lumbago, Brachialgie, diffuse organische Erkrankung des ZNS, Vertebralis-Syndrom, M. Menière
(je 0,3% aller Patienten, je 1,1% aller Frauen).

3.1.5. Psychische Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend unserer Patienten

Um die psychischen Auffälligkeiten unserer Patienten in Kindheit und Jugend, bzw. Umwelt und Beeinflussungen einigermaßen adäquat beschreiben zu können, versuchten wir, folgende Aspekte zu analysieren:

- schwere organische Erkrankungen in Kindheit oder Jugend des Patienten
- früher Verlust eines Elternteils
- andere broken-home-Situation, etwa bis zum 14. Lebensjahr des Patienten bestehend und mehrere Jahre anhaltend
- psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend des Patienten
- psychische Erkrankungen, insbesondere Alkoholmißbrauch, in Elternhaus oder Verwandtschaft des Patienten.

Es muß kritisch betont werden, daß wir wahrscheinlich nur einen gewissen Prozentsatz aller Besonderheiten erfassen konnten.

So war es nicht möglich, für diesen Abschnitt die Lebensgeschichten von 52 Patienten (18,2% des Kollektivs), 37 Männern (19,4% aller Männer) und 15 Frauen (15,9% aller Frauen), zu berücksichtigen, da bei der Anamnesenerhebung die hier interessierenden Aspekte nicht fixiert worden waren.

Wir befürchten weiterhin, daß in Kindheit oder Jugend unserer Patienten mehr traumatisierende Ereignisse auftraten, als unsere Zahlen angeben. Es ist zwar davon auszugehen, daß das Fehlen entsprechender Bemerkungen in Krankengeschichten, die ausführliche Anamnesen enthalten, tatsächlich darauf hinweist, daß Kindheit und Jugend des Patienten relativ unauffällig verlief. Dennoch ist es möglich, daß uns interessierende negative Ereignisse zwar erlebt, aber dem Untersucher nicht geschildert wurden, und deshalb natürlich auch nicht in unsere Untersuchung eingehen konnten (vgl. Kap. Methodik). Wir bitten, die Abb. 6 nicht zuletzt unter diesem Aspekt zu betrachten.

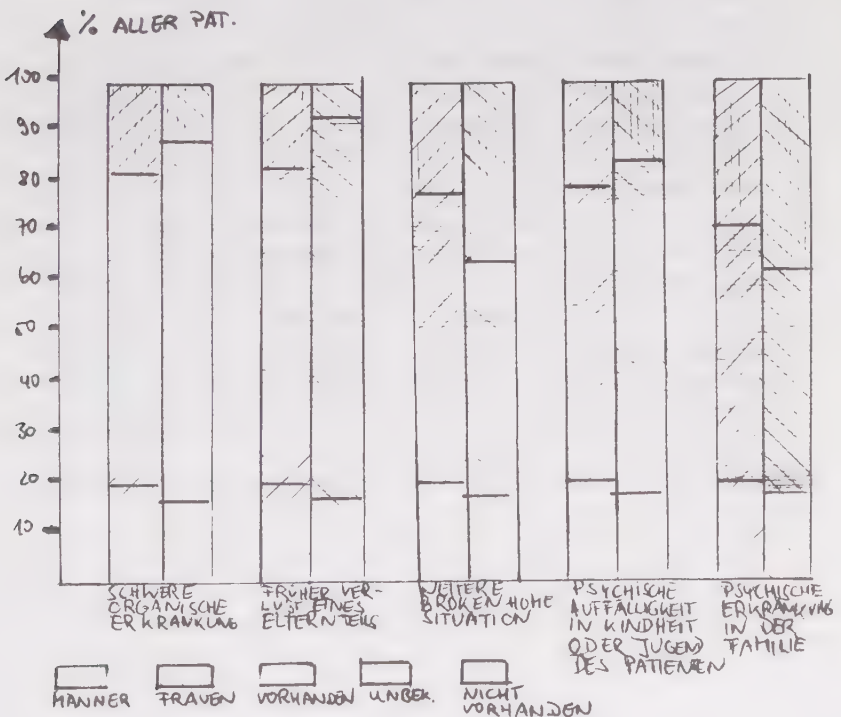


Abb.6: Psychische Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend von alkoholkranken Männern und Frauen

3.1.5.1. Schwere organische Erkrankungen in Kindheit oder Jugend

44 (15,4% des Kollektivs) Patienten, 33 Männer (17,3% aller Männer) und 11 Frauen (11,7% aller Frauen), waren in Kindheit oder Jugend schwer erkrankt gewesen.

Im einzelnen fanden wir in der Anamnese unserer Patienten:

- bei 2 Patienten (m,w) Tuberkulose
- bei 8 Patienten (5m, 3w) Hepatitis
- bei 2 Patienten (m) Pyelonephritis
- bei 4 Patienten (m) ein Schädel-Hirntrauma
- bei 3 Patienten (m, 2w) Gelenkrheumatismus
- bei 3 Patienten (m) Typhus
- bei 2 Patienten (m) ein Herzvitium
- bei 3 Patienten (m, 2w) Pneumonie
- bei 2 Patienten (m) Hungerdystrophie
- bei 3 Patienten (2m, w) Otitis media
- bei 2 Patienten (m) zahlreiche schwere Kinderkrankheiten.

6 Patienten (3m, 3w) berichteten von Komplikationen während der Schwangerschaft der Mutter oder von Geburtsschwierigkeiten.

Bei den männlichen Patienten lag weiterhin je einmal die Diagnose vor:

Vergiftung, Insulinmangel-Diabetes, Poliomyelitis, Lähmung ungeklärter Genese, schwere Verletzungen als Unfallfolge, Rachitis, Magen-Darm-Ulcus, Appendektomie, Hodenbruch.

Bei unseren weiblichen Patienten mußte je einmal diagnostiziert werden:

Nierenaplasie, Gastritis, unstillbares Erbrechen, Pleuritis.

Leider waren einige unserer Patienten von mehreren Diagnosen betroffen.

Bei 189 (66,3% des Kollektivs) Patienten, 121 Männern (63,3% aller Männer) und 68 Frauen (72,3% aller Frauen), fanden wir keine entsprechenden Angaben, während die Anamnesen von 52 Patienten (18,2% des Kollektivs), 37 Männern (19,4% aller Männer) und 15 Frauen (15,9% aller Frauen), nicht zu verwerten waren.

3.1.5.2. Tod der Eltern

Einen frühen Verlust eines Elternteils oder sogar beider Eltern mußten 40 (14,0% des Kollektivs) Patienten, 33 Männer (17,3% aller Männer) und 7 Frauen (7,4% aller Frauen), hinnehmen.

21 (7,4%) Patienten (17m=8,9% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) verloren den Vater, bevor sie das 11. Lebensjahr erreicht hatten, 5 (1,7%) Patienten (2m=1,0% und 3w=3,2%) waren zwischen 10 und 18 Jahre alt, als der Vater starb.

7 (2,4%) Patienten (m=3,7% aller Männer) waren jünger, ein (0,3% des Kollektivs) Patient (m=0,5% aller Männer) älter als 10 Jahre, als sie die Mutter verloren.

6 (2,1% des Kollektivs) Patienten (m=3,1% aller Männer) verloren beide Elternteile, bevor sie das 19. Lebensjahr erreicht hatten.

Wie den Krankengeschichten zu entnehmen war, hatten 193 (67,7%) Patienten, 121 Männer (63,3% aller Männer) und 72 Frauen (76,6% aller Frauen), nicht als Waisen leben müssen, während wiederum die Anamnesen von 52 Patienten (18,2% des Kollektivs), 37 Männern (19,4% aller Männer) und 15 Frauen (15,9% aller Frauen) keine Informationen lieferten.

3.1.5.3. Weitere broken-home-Situationen

77 (27,0% des Kollektivs) Patienten, 43 Männer (22,5% aller Männer) und 34 Frauen (36,2% aller Frauen), litten während der Kindheit unter Situationen, die auf ein gestörtes, zerrüttetes oder nicht vorhandenes Familienleben hinweisen.

So wurden 19 (6,7% des Kollektivs) Patienten (10m=5,2% aller Männer und 9w=9,6% aller Frauen) als "unehelich" geboren. Die Eltern von 15 (5,3%) Patienten (8m=4,2% und 7w=7,4%) ließen sich während der Kindheit unserer Patienten scheiden. 27 (9,5%) Patienten (17m=8,9% und 10w=10,6%) wurden in Heimen und/oder von Pflegeeltern erzogen. Zwei Patienten (m=1,0%; 0,7% des Kollektivs) berichteten, ihre Geburt sei nicht erwünscht gewesen. 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5%; 2w=2,1%) entstammen Familien, in denen mehr als 8 Kinder geboren wurden. 5 (1,7%) Patienten (4m=2,1% und 1w=1,1%) litten unter Kriegswirren wie Flucht, Kriegsgefangenschaft des Vaters, Vertreibung. Der Erziehungsstil im Elternhaus wurde von 7 (2,4% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% und 3w=3,2%) als rigide-autoritär und von 9 (3,1%) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) als überprotektiv beschrieben, während 5 (1,7%) Patienten (3m=1,6% und 2w=2,1%) sich als Kinder vernachlässigt fühlten. 4 (1,4%) Patienten (2m=1,0% und 2w=2,1%) litten unter einem sadistischen Vater, bzw. berichteten, grob mißhandelt worden zu sein. Weitere 3 Patientinnen (3,2% aller Frauen) waren vom Vater oder Stiefvater vergewaltigt worden. Über eine 'schlechte Kindheit' klagten weitere 2 (0,7%) Patienten (0,5% aller Männer, 1,1% aller Frauen).

Nach unseren Unterlagen berichteten 156 (54,7% des Kollektivs) Patienten, 111 Männer (58,1% aller Männer) und 45 Frauen (47,9% aller Frauen) über keinerlei negative Einflüsse seitens des Elternhauses. Bei diesen Patientenzahlen müssen

wir jedoch - wie bereits oben erwähnt -, davon ausgehen, daß eine Fülle traumatisierender Ereignisse möglicherweise dem Untersucher nicht geschildert wurden; weiterhin sind jene 18,2% aller Patienten (37m=19,4% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) zu bedenken, deren Anamnese wir nicht berücksichtigen konnten.

3.1.5.4. Psychische Auffälligkeiten während der Kindheit oder Jugend

Bei 55 (19,3% des Kollektivs) Patienten, 40 Männern (20,9% aller Männer) und 15 Frauen (15,9% aller Frauen) fanden sich anamnestic Angaben über psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Adoleszenz.

11 (3,8% des Kollektivs) Patienten (8m=4,2% aller Männer; 3w=3,2% aller Frauen) berichteten über Kontaktstörungen, Hemmungen oder Einzelgängertum. An frühkindliche Neurotizismen - wie Nägelkauen oder Pavor nocturnus - konnten sich 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% und 2w=2,1%) erinnern; weitere 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% und 1w=1,0%) stotterten, 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% und 1w=1,0%) erzählten von diffusen Ängsten, 5 (1,7%) Patienten (2m=1,0% und 3w=3,2%) sprachen über ihre kindliche Nervosität. 2 (0,7%) Patienten (m, w) hatten als Kinder unter massiven Schlafstörungen gelitten und ein Patient (m=0,5% aller Männer) war schlafgewandelt. 3 (1,0%) Patienten (m=1,6%) hatten eine Volksschulklasse wiederholen müssen bzw. mußten die Sonderschule besuchen, ein weiterer Patient blieb bis mindestens zum Untersuchungstag Analphabet.

6 (2,1% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) unternahmen in ihrer Jugend einen Selbstmordversuch. Drei Patienten (1,0% des Kollektivs) meldeten sich während der Hitlerzeit zur SS, während ein Patient (0,3% des Kollektivs) einen Teil seiner Jugend im Konzentrationslager verbringen mußte.

Als weitere psychische Auffälligkeiten wurden vermerkt:

- "Veitstanz", an dem zu leiden 2 Patienten (m,w) berichteten
- Krampfanfälle bei einem Patienten (m)
- Absenzen bei einem Patienten (m)
- sexuelle Versagensängste bei 2 Patienten (m)
- Entwicklungsretardierung bei einem Patienten (m)
- Schmerzmittelmißbrauch seit Kindertagen bei einem Patienten (m)
- Alkoholmißbrauch seit der Kindheit bei 3 Patienten (m, 2w)
- homosexuelle Kontakte bei 2 Patienten (m)
- 2 Patientinnen, die mit 17 Jahren heirateten, um dem Elternhaus zu entfliehen.

Bei 178 (62,4%) Patienten (114m=59,7% und 64w=68,1%) fanden sich keine Angaben über psychische Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, während wiederum die Krankengeschichten von 18,2% aller Patienten wegen fehlender Anamnesen nicht verwertet werden konnten.

3.1.5.5. Psychische Erkrankungen in der Familie des Patienten

Bei 91 (31,9% des Kollektivs) Patienten, 55 Männern (28,8% aller Männer) und 36 Frauen (38,3% aller Frauen), ließen sich psychiatrische Erkrankungen oder Alkoholabusus in der Familie nachweisen, wobei wir weiterhin davon ausgehen können, daß vermutlich 142 (49,9%) aller Patienten (99m=51,8% aller Männer und 43w=45,8% aller Frauen) von diesen pathogenetischen Faktoren nicht beeinträchtigt wurden. Von 52 (18,2% des Kollektivs) weiteren Patienten (37m=19,4% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) liegen uns jedoch keine verwertbaren Anamnesen vor.

3.1.5.5.1. Alkoholiker in der Familie

Von 33 (11,6% des Kollektivs) Patienten, 20 Männern (10,5% aller Männer) und 13 Frauen (13,8% aller Frauen), wurden die Väter als Alkoholiker bezeichnet. 8 (2,8%) Patienten (5m=2,6% und 3w=3,2%) gaben an, daß die Mutter alkoholabhängig (gewesen) sei. Der Bruder (oder auch die Brüder) von 14 (4,9%) Patienten (8m=4,2% und 6w=6,4%) wurde(n) als Alkoholiker beschrieben, während 3 (1,0%) Patienten (1m=0,5% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) erklärten, daß die Schwester Alkoholikerin sei. Weiterhin gaben 11 (3,8%) Patienten (8m=4,2% und 3w=3,2%) an, daß der Großvater alkoholabhängig gewesen sei. 6 (2,1%) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) berichteten, daß der Stiefvater alkoholabhängig gewesen sei.

Bei 12 (4,2%) Patienten (8m=4,2% und 4w=4,2%) findet sich Alkoholismus in weiteren Verwandtschaftsbeziehungen:

- 2 (0,7% des Kollektivs) Patienten beschrieben ihren Onkel als Alkoholiker, einer (m) seine Tante als Alkoholikerin
- 3 (1,0%) Patienten (m) erzählten, daß "mehrere Verwandte" bzw. die "Familie" alkoholabhängig sei, ein weiterer (0,3% des Kollektivs) Patient stammt aus einer Brauereifamilie, in der man traditionellerweise viel Alkohol zu sich nähme
- bei 2 (0,7% des Kollektivs) Patienten (m, w) ist der Stiefbruder ein Alkoholiker
- jeweils eine Patientin (je 0,3% des Kollektivs) berichtete, daß der Urgroßvater, ein Vetter und eine Cousine alkoholabhängig gewesen seien.

Insgesamt berichteten 70 (24,6% des Kollektivs) Patienten (43m=22,5% aller Männer und 27w=28,7% aller Frauen) von Alkoholikern in der Familie, wobei einige Patienten von mehreren alkoholkranken Mitgliedern erzählten. Im Gegensatz

hierzu stehen 163 (57,2% des Kollektivs) Patienten, 111 Männer (58,1% aller Männer) und 52 Frauen (55,3% aller Frauen), die nach ihren eigenen Angaben keine alkoholabhängigen Angehörigen haben, während für 52 (18,2%) Patienten (37m=19,4% und 15w=15,9%) diese Frage ungeklärt ist.

3.1.5.5.2. Weiteres Suchtverhalten in der Familie

8 Patienten (2,8% des Kollektivs), 4 Männer (2,1% aller Männer) und 4 Frauen (4,2% aller Frauen), beschrieben weiteres Suchtverhalten in der Familie.

- 4 Patienten (1,4% des Kollektivs; 2,1% aller Männer) gaben an, daß jeweils Mutter, Schwester oder Stiefvater tablettenabhängig sei; ein Bruder sei heroinabhängig
- 4 Patientinnen (1,4% des Kollektivs; 4,2% aller Frauen) erklärten, daß die "Familie" oder der Vater tablettenabhängig sei, eine tablettenabhängige Schwester habe sich suizidiert, ein Vater sei süchtiger Raucher.

Da auch hier die Anamnesen von 52 (18,2% des Kollektivs) Patienten nicht eingebracht werden konnten, läßt sich aufgrund dieser vorgebrachten Zahlen vermuten, daß Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit in den Familien von 225 (78,9%) Patienten (150m=78,5% aller Männer und 75w=79,8% aller Frauen) nicht anzutreffen ist.

3.1.5.5.3. Suizid und Selbstmordversuch in der Familie

Einen Selbstmordversuch unternahmen Schwester, Bruder oder Tante von 3 Patienten (m=1,6% aller Männer; 1,0% des Kollektivs).

Verwandte von 18 (6,3%) Patienten (7m=3,7% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen) suizidierten sich.

Wir mußten feststellen, daß

- bei den 7 männlichen Patienten sich folgende Verwandte umbrachten:
2 Väter, Mutter, Bruder, Stiefschwester, Onkel, Großvater
- in den Familien der 11 weiblichen Patienten den Freitod suchten:
2 Väter, 3 Onkel, 3 Tanten, ein Großvater, eine Cousine, eine Schwester der Großmutter.

Ein Suizid oder Selbstmordversuch ereignete sich vermutlich nicht in den Familien von 212 (74,4% des Kollektivs) Patienten, 144 Männern (75,4% aller Männer) und 68 Frauen (72,3% aller Frauen), während die Anamnesen von 52 (18,2%) Patienten, 37 Männern (19,4%) und 15 Frauen (15,9%), nicht verwertet werden konnten.

3.1.5.5.4. Andere psychiatrische Erkrankungen in der Familie

Bei 24 (8,4% des Kollektivs) Patienten, 13 Männern (6,8% aller Männer) und 11 Frauen (11,7% aller Frauen), fanden wir eine psychiatrische Erkrankung in der Familie.

Bei den männlichen Patienten ergab sich folgendes Bild:

- bei 2 Patienten war der Vater an Epilepsie erkrankt
- bei einem Patienten war der Vater depressiv
- bei 2 Patienten war die Mutter an Schizophrenie erkrankt
- bei einem Patienten war die Mutter depressiv
- bei einem Patienten war die Mutter psychisch erkrankt (ohne die genaue Angabe einer diagnose)
- der Bruder eines Patienten leidet an Schizophrenie
- der Bruder eines Patienten ist "psychisch erkrankt" (ohne die genaue Angabe einer Diagnose)
- bei einem Patienten befinden sich mehrere Verwandte in psychiatrischer Behandlung.

Die weiblichen Patienten beschrieben folgende Erkrankungen in ihrer Familie:

- bei einer Patientin ist der Vater manisch-depressiv
- bei 3 Patientinnen ist die Mutter depressiv
- 3 Patientinnen gaben an, daß mehrere Verwandte psychisch erkrankt seien
- die folgenden Diagnosen finden sich unter den Verwandten je einmal:
Depression der Schwester, psychiatrische Erkrankung der Mutter, Geschwister und Großmutter.

Aufgrund dieser Daten kann angenommen werden, daß weitere psychiatrische Erkrankungen - Sucht und Suizidalität, wie oben beschrieben, jedoch ausgenommen - in den Familien von 209 Patienten (73,3% des Kollektivs), 141 Männern (73,8% aller Männer) und 68 Frauen (72,3% aller Frauen) nicht vorzufinden sind, während die Krankengeschichten von 52 Patienten (18,2% des Kollektivs), 37 Männern (19,4% aller Männer) und 15 Frauen (15,9% aller Frauen), hierzu keinen Befund liefern.

Weiterhin muß festgestellt werden, daß psychiatrische Erkrankungen in der Familie unserer Patienten keineswegs isoliert, sondern recht oft kombiniert vorkommen.

3.1.1.5.5. Kombiniertes Auftreten psychiatrischer Erkrankungen in der Familie

Bei den männlichen Patienten ergibt sich folgendes Bild:
19 von ihnen (9,9% aller Männer) bieten als einzige psychiatrische Auffälligkeit in ihrer Familie Alkoholmißbrauch nur eines Verwandten (bei 11 Patienten, 5,7% aller Männer, ist dies der Vater; bei 4 Patienten, 2,1% aller Männer, der Großvater, bei je einem Patienten Bruder, Stiefvater, Stiefbruder oder Onkel).

4 Patienten (2,1% aller Männer) haben als einzige psychiatrische Auffälligkeit in der Familie einen Suizid zu verzeichnen (des Vaters, der Mutter, des Bruders, des Großvaters) und einmal (0,5% aller Männer) einen Suizidversuch. Bei weiteren 4 Patienten (2,1% aller Männer) finden wir als einzige psychiatrische Diagnose in der Familie eine Psychose (bei 2 Müttern, einem Bruder und einem nicht näher definierten Verwandten).

Die Beobachtung "Alkoholabhängigkeit bei mehreren Verwandten" wurde bei 13 Patienten (6,8% aller Männer) gemacht. Bei 2 Patienten (1,0% aller Männer) sind dies die Eltern, bei 3 Patienten (1,6% aller Männer) Vater und Brüder, bei 2 Patienten (1,0% aller Männer) Großvater und Brüder, bei einem Patienten (0,5% aller Männer) Großvater und Mutter, bei einem Patienten (0,5% aller Männer) zwei Onkel und bei 4 Patienten (2,1% aller Männer) weitere enge Verwandte.

Die Kombination Alkohol- und Tablettenmißbrauch findet sich in der Familie von 3 Patienten (1,6% aller Männer), die Kombination Epilepsie-Alkoholabhängigkeit in der Familie von einem Patienten (0,5% aller Männer), die Verbindung Alkoholabhängigkeit-Psychose in der Familie von 3 Patienten (1,6% aller Männer). Die Verbindung von Suizid oder Suizidversuch mit Alkoholabusus entdeckten wir bei den Verwandten von 3 Patienten (1,6% aller Männer).

Bei weiteren 3 Patienten (1,6% aller Männer) fanden sich Kombinationen von drei und mehr psychiatrischen Diagnosen in der Familie.

In den Familien unserer weiblichen Patienten fanden wir folgende psychiatrische Erkrankungen:

17 von ihnen (18,1% aller Frauen) bieten als einzige psychiatrische Auffälligkeit in ihren Familien Alkoholabhängigkeit nur eines Verwandten (bei 9 Patientinnen, 9,6% aller Frauen, ist dies der Vater; bei einer Patientin, 1,1% aller Frauen, der Stiefvater; bei einer Patientin, 1,1% aller Frauen, die Mutter; bei 3 Patientinnen, 3,2% aller Frauen, der Bruder; bei 2 Patientinnen, 2,1% aller Frauen, die Schwester und bei einer Patientin, 1,1% aller Frauen, der Halbbruder). Bei 6 Patientinnen (6,4% aller Frauen) finden wir als einzige psychiatrische Auffälligkeit in der Familie folgende Diagnosen: bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) Tablettenabhängigkeit (des Vaters bzw. eines nicht näher definierten Verwandten), bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) eine Depression der Mutter, bei einer Patientin (1,1% aller Frauen) eine neurotisch-depressive Schwester und bei einer Patientin (1,1% aller Frauen) einen Suizid einer weiter entfernten Verwandten.

Die Beobachtung "Alkoholabhängigkeit bei mehreren Verwandten" wurde bei 3 Patientinnen (3,2% aller Frauen) gemacht (jeweils die Kombination Urgroßvater-Mutter, Mutter-Bruder, Großvater-Vetter). Die Kombination Suizid(versuch)-Alkoholabhängigkeit findet sich bei den Verwandten von 4 Patientinnen (4,2% aller Frauen), während die Kombination Psychose-Alkoholabhängigkeit bei den Verwandten von 3 Patientinnen (3,2% aller Frauen) auftritt.

In der Verwandtschaft von 4 Patientinnen (4,2% aller Frauen) finden sich die folgenden Kombinationen je einmal (je 1,1% aller Frauen): Alkoholabhängigkeit-Tablettenmißbrauch, Psychosen mehrerer Verwandter, Psychose-Suizid, Sucht-Psychose.

3.1.5.6. Kombiniertes Auftreten psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend der Patienten

Um diese Untersuchungen abzuschließen, soll nun das kombinierte Auftreten der Items - schwere organische Erkrankung, früher Verlust eines Elternteils, andere broken-home-Situation, psychische Auffälligkeit, psychiatrische Erkrankungen der Verwandten - beschrieben werden.

Betrachten wir zunächst die Patienten, bei denen nur eines der oben angegebenen Items positiv befundet wurde.

Wir stellen fest, daß 13 (4,6% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und eine Frau=1,1% aller Frauen) eine schwere organische Erkrankung während Kindheit oder Jugend erlitten haben. Den frühen Verlust eines Elternteils mußten 14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (11m=5,7% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) hinnehmen. Unter einer anderen broken-home-Situation wuchsen 22 (7,7%) Patienten (8m=4,2% aller Männer und 14w=14,9% aller Frauen) auf. Von psychischen Auffälligkeiten, z.B. Frühneurotizismen, berichteten 10 (3,5%) Patienten (9m=4,7% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen). 35 (12,3%) Patienten (22m=11,5% aller Männer und 13w=13,8% aller Frauen) erzählten von einem oder mehreren Verwandten, die psychisch erkrankt seien.

Bei diesen 94 (33,0%) Patienten (62m=32,5% aller Männer und 32w=34,0% aller Frauen) handelt es sich also um jene Patienten, bei denen nur ein Befund aus der oben angegebenen Auswahl positiv war, wobei hierin allerdings auch jene Patienten enthalten sind, bei denen ein Item mehrfach positiv war.

Bei 51 (17,9% des Kollektivs) Patienten (33m=17,3% der Männer und 18w=19,1% aller Frauen) wurden zwei verschiedene Items positiv bewertet; diese Patienten hatten also unter mindestens zwei der hier erfaßten Probleme zu leiden.

Bei den männlichen Patienten fanden sich folgende Ergebnisse:

- eine schwere organische Erkrankung in Kindheit oder Jugend war bei 5 Patienten (2,6% aller Männer) mit einer broken-home-Situation verbunden. Bei 4 weiteren Patienten (2,1% aller Männer) trat die Erkrankung kombiniert mit psychischen Auffälligkeiten auf. Bei 2 Patienten (1,0% aller Männer) fanden wir die Verbindung 'schwere Erkrankung des Patienten' - 'psychische Erkrankung in der Familie' und bei einem Patienten (0,5% aller Männer) die Kombination 'schwere organische Erkrankung' - 'früher Verlust eines Elternteils'.
- der frühe Verlust eines Elternteils war bei 3 Patienten (1,6% aller Männer) kombiniert mit einer weiteren broken-home-Situation, bei einem Patienten (0,5% aller Männer) mit psychischen Auffälligkeiten und bei 4 Patienten (2,1% aller Männer) mit psychischen Erkrankungen in der Familie.
- bei 8 Patienten (4,2% aller Männer) fand sich die Kombination 'broken-home-Situation' - 'psychiatrische Erkrankung in der Familie'.
- bei 5 Patienten (2,6% aller Männer) fanden wir die Verbindung 'psychiatrische Erkrankung in der Familie' - 'psychische Auffälligkeit' des Patienten.

Bei den weiblichen Patienten kristallisierten sich die folgenden Kombinationen heraus:

- 14 Patientinnen (14,9% aller Frauen) besitzen Verwandte mit psychiatrischen Diagnosen. Dabei ist dieser Befund bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) mit eigenen schweren organischen Erkrankungen verknüpft, bei 5 Patientinnen (5,3% aller Frauen) mit einer psychischen Auffälligkeit und bei 7 Patientinnen (7,4% aller Frauen) mit einer anderen broken-home-Situation.

- 4 Patientinnen (4,2% aller Frauen) mußten in broken-home-Situationen aufwachsen, wobei diese bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) mit einer schweren organischen Erkrankung verbunden war, bei einer Patientin (1,1% aller Frauen) mit einer psychischen Auffälligkeit und bei einer Patientin mit dem frühen Verlust eines Elternteils.

27 Patienten (9,5% des Kollektivs), 18 Männer (9,4% aller Männer) und 9 Frauen (9,6% aller Frauen) mußten mit zumindest drei verschiedenen Belastungen in Kindheit und Jugend leben. Bei den männlichen Patienten ergaben sich folgende Kombinationen:

- schwere organische Erkrankung - früher Verlust eines Elternteils - psychische Auffälligkeiten
bei 2 Patienten (1,0% aller Männer)
- schwere organische Erkrankung - broken-home-Situation - psychiatrische Erkrankung in der Familie
bei 2 Patienten (1,0% aller Männer)
- schwere organische Erkrankung - andere broken-home-Situation -
bei einem Patienten verbunden mit dem frühen Verlust eines Elternteils (0,5% aller Männer)
und bei einem anderen Patienten kombiniert mit einer psychischen Auffälligkeit (0,5% aller Männer)
- früher Verlust eines Elternteils - psychische Auffälligkeit - psychiatrische Erkrankung in der Familie
bei 3 Patienten (1,6% aller Patienten)
- früher Verlust eines Elternteils - anderen broken-home-Situation - psychische Auffälligkeit
bei 2 Patienten (1,0% aller Männer)
- früher Verlust eines Elternteils - weitere broken-home-Situation - psychiatrische Erkrankung in der Familie
bei 2 Patienten (1,0% aller Männer)
- broken-home-Situation-psychische Auffälligkeit-psychiatrische Erkrankung in der Familie
bei 5 Patienten (2,6% aller Männer).

Bei den 9 Patientinnen (9,6% aller Frauen) lagen folgende Befunde vor:

- bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) war eine schwere organische Erkrankung verbunden mit einer broken-home-Situation und einer psychischen Auffälligkeit
- bei 2 Patientinnen war eine organische Erkrankung verbunden mit psychiatrischen Erkrankungen in der Familie und einmal (bei 1,1% aller Frauen) mit einer psychischen Auffälligkeit und bei der anderen Patientin (1,1% aller Frauen) mit einer broken-home-Situation
- bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) fand sich die Kombination 'früher Verlust eines Elternteils' - 'weitere broken-home-Situation' - 'psychiatrische Erkrankung in der Familie'.
- bei 2 Patientinnen (2,1% aller Frauen) lag die Verbindung 'broken-home-Situation' - 'psychische Auffälligkeit' - 'psychiatrische Erkrankung in der Familie' vor und
- bei einer Patientin (1,1% aller Frauen) die Kombination 'früher Verlust eines Elternteils' - 'psychische Auffälligkeit' - 'psychiatrische Erkrankung in der Familie'.

Bei 7 (2,4% des Kollektivs) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) mußten vierfache verschiedene Belastungen während Kindheit oder Jugend festgestellt werden:

- bei 2 männlichen Patienten (1,0% aller Männer) fanden sich die Kombinationen 'schwere organische Erkrankung' - 'broken-home-Situation' - 'psychische Auffälligkeit' - 'psychiatrische Erkrankung in der Familie'
- bei 2 männlichen Patienten (1,0% aller Männer) lag vor: 'früher Verlust eines Elternteils' - 'weitere broken-home-Situation' - 'psychische Auffälligkeit' - 'psychiatrische Erkrankung in der Familie'
- bei einem männlichen Patienten (0,5% aller Männer) ergab sich: schwere organische Erkrankung - früher Verlust eines Elternteils - weitere broken-home-Situation - psychische Auffälligkeit in Kindheit oder Jugend

- bei den weiblichen Patientinnen (2,1% aller Frauen) wurde die folgende Verbindung beschrieben:
 - schwere organische Erkrankung - weitere broken-home-Situation
 - psychische Auffälligkeit - psychiatrische Erkrankung.

3.1.6. Psychiatrische Diagnosen

In diesem Abschnitt soll versucht werden, zunächst quantitativ die psychiatrischen Diagnosen unserer Patienten zu erfassen. Weiterhin sollen bestimmte Diagnosen in ihrem kombinierten Auftreten beschrieben werden.

3.1.6.1. Psychosen

Wir mußten feststellen, daß 6 Patienten (2,1% des Kollektivs) 3 Männer (1,6% aller Männer) und 3 Frauen (3,2% aller Frauen), an einer endogenen Psychose erkrankt waren.

2 (0,7%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) litten an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie, weitere 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% aller Männer; w=1,1% aller Frauen) an einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose. Bei einer Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) mußte eine schizoaffektive Psychose diagnostiziert werden; bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) bestand der Verdacht auf eine Schizophrenie.

Die Diagnose einer exogenen Psychose mußte bei 2 Patienten (0,7% des Kollektivs) gestellt werden: bei einem Patienten (m=0,5% aller Männer) war Disulfiram-Verabreichung auslösender Faktor für die Psychose, bei einer Patientin (1,1% aller Frauen) wurde Sedaraupin-Mißbrauch als ursächlich beschrieben.

Eine reaktiv-depressive Psychose wurde bei 3 Patienten (1,0% des Kollektivs), zwei Männern (1,0% aller Männer) und einer Frau (1,1% aller Frauen), gestellt.

Die Alkoholpsychosen wurden in einem früheren Kapitel beschrieben und werden hier nicht mehr aufgeführt.

3.1.6.2. Persönlichkeitsstörungen

Bei 63 Patienten (22,1% des Kollektivs), 42 Männern (22,0% aller Männer) und 21 Frauen (22,3% aller Frauen) wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert oder - sehr häufig - die entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt, was wir im folgenden zu bedenken bitten.

Die am häufigsten gefundene Charakterneurose war die hysterische Persönlichkeitsstörung, die 17 (6,0% des Kollektivs) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 12w=12,8% aller Frauen) aufwiesen. Die Persönlichkeit von 12 (4,2%) Patienten (10m=5,2% aller Männer; 2w=2,1% aller Frauen) wurde als haltschwach beschrieben. Die am dritthäufigsten gefundene Charakterneurose war die Asthenie, die bei 11 (3,8%) Patienten (7m=3,7% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) diagnostiziert wurde. Die Persönlichkeit von 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) wurde als schizoid bezeichnet. Eine anankastische Persönlichkeitsstörung fand sich nur bei Männern: 7 Patienten (2,4% des Kollektivs; 3,7% aller Männer) litten darunter. Eine Charakterneurose im Sinne einer Thymopathie wurde bei 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männern; 1w=1,1% aller Frauen) diagnostiziert. Weitere Psychopathien fanden sich nur bei männlichen Patienten: Soziopathie bei 2 Patienten (0,7% des Kollektivs; 1,0% aller Männer), eine aggressive Persönlichkeit bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) und nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen bei 2 (0,7% des Kollektivs; 1,0% aller Männer) Patienten.

Es sei nochmals betont, daß gerade bei den Persönlichkeitsstörungen die Prozentzahl der Verdachtsdiagnosen sehr hoch war, daß vielleicht sogar in einigen Fällen nicht Störungen, sondern Strukturen beschrieben wurden. Mit der in dieser Untersuchung benützten Methodik war ein differenzierteres Vorgehen leider nicht möglich.

3.1.6.3. Neurosen

Bei 92 Patienten (32,3% des Kollektivs), 52 Männern (27,2% aller Männer) und 40 Frauen (42,5% aller Frauen), wurde eine Neurose diagnostiziert.

Die große Mehrzahl unserer Patienten (24,9% des Kollektivs), 36 Männer (18,8% aller Männer) und 35 Frauen (37,2% aller Frauen), litt an einer depressiven Neurose. Eine hypochondrische Neurose wurde bei 5 (1,7% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) diagnostiziert, eine Angstneurose bei 4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) und eine Phobie bei einer Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen). Eine neurotische Entwicklung bzw. Milieuschädigung wurde bei 5 (1,7% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) beobachtet.

Die folgenden Auffälligkeiten wurden nur bei männlichen Patienten beschrieben: 2 Männer (0,7% des Kollektivs; 1,0% aller Männer) litten an einer hysterischen Neurose und 4 Männer (1,4% des Kollektivs; 2,1% aller Männer) an einer nicht näher bezeichneten Neurose.

3.1.6.4. Sexualstörungen

28 Patienten (9,8% des Kollektivs), 21 Männer (11,0% aller Männer) und 7 Frauen (7,4% aller Frauen), berichteten von Sexualstörungen, wobei die Männer vor allem über Impotenz und die Frauen über Libidoverlust oder Anorgasmie klagten.

7 (2,4% des Kollektivs) Patienten, 6 Männer (3,1% aller Männer) und eine Frau (1,1% aller Frauen) bezeichneten sich als homosexuell.

3.1.6.5. Hirnorganisches Psychosyndrom

Ein hirnorganisches Psychosyndrom wurde bei 30 Patienten (10,5% des Kollektivs), 21 Männern (11,0% aller Männer) und 9 Frauen (9,6% aller Frauen), diagnostiziert.

3.1.6.6. Minderbegabung oder Demenz

Bei 5 Patienten (1,7% des Kollektivs), 3 Männern (1,6% aller Männer) und 2 Frauen (2,1% aller Frauen), wurde eine deutliche Minderbegabung oder Demenz festgestellt.

3.1.6.7. Drogenmißbrauch oder Abhängigkeit

In diesem Abschnitt sind alle Patienten verzeichnet, bei denen Drogen- bzw. Medikamentenmißbrauch oder auch Abhängigkeit vorlag; ebenso sind in den **genannten** Zahlen alle Verdachtsdiagnosen enthalten (vgl. auch Abb.7).

Bei 61 Patienten (21,4% des Kollektivs), 27 Männern (14,1% aller Männer) und 34 Frauen (36,2% aller Frauen) mußte Abhängigkeit bzw. Mißbrauch von Schlafmittel und bei 37 Patienten (13,0% des Kollektivs), 14 Männern (7,3% aller Männer) und 23 Frauen (24,5% aller Frauen), von Schmerzmitteln registriert werden.

9 Patienten (3,1% des Kollektivs), 7 Männer (3,7% aller Männer) und 2 Frauen (2,1% aller Frauen), hatten Opiate oder deren Derivate mißbräuchlich genommen bzw. waren abhängig davon.

Mißbrauch oder Abhängigkeit von Psychopharmaka lag bei 55 (19,3%) Patienten (35m=18,3% aller Männer und 20w=21,3% aller Frauen) vor, wobei insbesondere festzustellen ist, daß 8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) von Clomethiazol abhängig waren.

12 (4,2%) Patienten (7m=3,7% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) nahmen Weckamine in mißbräuchlicher Weise zu sich, weitere 7 (2,4%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) Halluzinogene. Als Cannabis-, Marihuana- oder Haschisch-Konsumenten zeigten sich 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen).

Eine Polytoxikomanie mußte bei 54 (18,9%) Patienten (29m=15,2% aller Männer und 24w=25,5% aller Frauen) diagnostiziert werden, wobei die Häufigkeit der einzelnen Stoffgruppen bereits oben aufgelistet ist.



Abb. 7: Medikamenten-, Drogen- und Nikotinmißbrauch/ oder Abhängigkeit (auch Verdachtsdiagnosen) bei alkoholkranken Männern und Frauen

Als süchtige Raucher - hier wurde eine Minimalgrenze von 30 Zigaretten pro Tag festgelegt - mußten 81 Patienten (28,4% des Kollektivs), 61 Männer (31,9% aller Männer) und 20 Frauen (21,3% aller Frauen) bezeichnet werden.

3.1.6.8. Suizidversuche

23 Patienten (8,1% des Kollektivs), 18 Männer (9,4% aller Männer) und 5 Frauen (5,3% aller Frauen), hatten einen Suizidversuch bis zu 48 Stunden vor der psychiatrischen Erstuntersuchung gemacht; bei 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) bestand die entsprechende Verdachtsdiagnose. Einen Selbstmordversuch in der Vorgeschichte hatten 52 (18,2% des Kollektivs) Patienten (27m=14,1% aller Männer und 25w=26,6% aller Frauen) unternommen. 19 (6,7% des Kollektivs) Patienten (9m=4,7% aller Männer und 10w=10,6% aller Frauen) hatten bereits mehrere Suizidversuche hinter sich. 182 (63,8%) Patienten (129m=67,5% aller Männer und 53w=56,4% aller Frauen) gaben an, noch nie einen Selbsttötungsversuch unternommen zu haben. Für 6 (2,1% des Kollektivs) Patienten (m=3,1% aller Männer) lagen keine ausreichenden Angaben vor.

3.1.6.9. Verwahrlosung

Nicht als psychiatrische Diagnose, sondern als psychosoziale Auffälligkeit soll noch jene Tatsache Erwähnung finden, daß 49 (17,2% des Kollektivs) Patienten, 32 Männer (16,7% aller Männer) und 17 Frauen (18,1% aller Frauen) Verwahrlosungstendenzen zeigten.

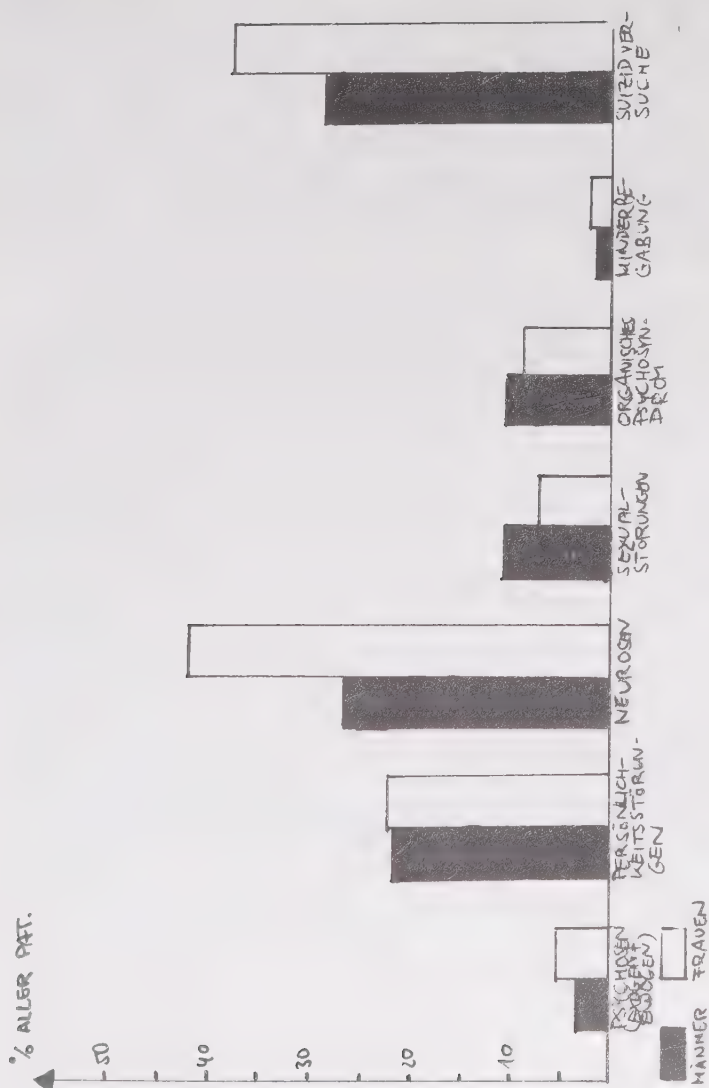


Abb. 8: Psychiatrische Diagnosen bei alkoholkranken Männern und Frauen (ohne Drogenabhängigkeit, ohne psychiatrische Alkoholfolgekrankheiten)

3.1.6.10. Kombinierte psychiatrische Diagnosen

Auch hier soll wieder versucht werden, kombinierte psychiatrische Diagnosen quantitativ zu erfassen, wobei aus arbeits-technischen Gründen die Items "Suizidversuch", "hirnorganisches Psychosyndrom" und "Drogenmißbrauch- und Abhängigkeit" leider nicht mituntersucht werden können. Wir beschränkten uns hier auf die Zusammenstellung von endogenen und exogenen Psychosen (ohne Alkoholpsychosen), Anfallsleiden, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, psychosomatischen Erkrankungen, Sexualstörungen, Homosexualität, Minderbegabung und sozialer Deprivation.

155 unserer 191 männlichen (81,1% aller Männer) und 73 der 94 weiblichen (77,6% aller Frauen) Patienten bekamen eine oder mehrere der zuletzt genannten Diagnosen zugeteilt (80,0% des Kollektivs).

Wir stellten fest, daß - neben der Alkoholdiagnose -

95 (33,3% des Kollektivs) Patienten (69m=36,1% aller Männer und 26w=27,6% aller Frauen) an einer weiteren psychiatrischen Erkrankung

81 (28,4% des Kollektivs) Patienten (50m=26,2% aller Männer und 31w=33,0% aller Frauen) an zwei weiteren psychiatrischen Erkrankungen

37 (13,0% des Kollektivs) Patienten (25m=13,1% aller Männer und 12w=12,8% aller Frauen) an drei weiteren psychiatrischen Erkrankungen

11 (3,8% des Kollektivs) Patienten (8m=4,2% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) an vier weiteren psychiatrischen ~~Erkrankungen~~

4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) an fünf weiteren psychiatrischen Erkrankungen lit

litten.

Patienten mit einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose

Die am häufigsten genannte einzige psychiatrische Nebendiagnose war die Epilepsie - sei sie alkoholischer oder anderer Genese - , an der 12 Patienten (12,6% aller Patienten mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose), 10 Männer (14,5% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose) und 2 Frauen (7,7% aller Frauen mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose) litten.

Ebenfalls 12 (12,6%) Patienten (6m=8,7% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose und 6w=23,1% aller Frauen mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose) zeigten Verwahrlosungstendenzen.

Die am dritthäufigsten genannte einzige psychiatrische Diagnose ist das Auftreten von mehreren psychosomatischen Erkrankungen bei einem Patienten; 10 (10,5%) Patienten (5m=7,2% und 5w=19,2%) waren hiervon betroffen.

Ebenfalls 10 (10,5%) Patienten (6m=8,7% und 4w=15,4%) waren an einer depressiven Neurose erkrankt.

Als einzige psychiatrische Nebendiagnose wurde von 9 (9,5%) Patienten (9m=13,0%) Störungen der Libido und Potenz genannt, während Orgasmusstörungen bei Frauen nur in Kombination mit anderen psychiatrischen Nebendiagnosen erscheinen.

Ebenfalls nur bei männlichen Patienten, nämlich 7 (7,4% aller Patienten und 10,1% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose), fanden wir eine Magenresektion als einzige psychosomatisch-psychiatrische Diagnose; bei 4 männlichen Patienten (4,2% aller Patienten und 5,8% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose) lag - wiederum als einzige Diagnose aus dem psychiatrisch-psychosomatischen Bereich - ein Hypertonus vor. Als weitere einzige Nebendiagnose wurde Adipositas bei 6 (6,3%) Patienten (5m=7,2% und 1w=3,8%) verzeichnet.

Als weitere einzige Nebendiagnosen seien genannt:

- psychosomatische Erkrankungen: Ulcus duodeni bei 4 (4,2% aller Patienten mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose) Patienten (3m= 4,3% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose und 1w=3,8% aller Frauen mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose); Herzinfarkt bei einem Patienten (1,0% aller Patienten und 1,4% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose)
- Persönlichkeitsstörungen: Asthenie bei 2 (2,1%) Patienten (2m=2,9% aller Männer mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose); Labilität bei einem Patienten (m=1,4% aller Männer); schizoide Charakterneurose bei 2 Patienten (2,1% aller Patienten mit einer einzigen psychiatrischen Nebendiagnose; m=1,4% und w=3,8%); Anankasmus bei einem Patienten (m); hysterische Struktur bei einem Patienten (m)
- Neurosen: Angstneurose bei 2 Patienten (m,w); neurotische Entwicklung bei 3 Patienten (2m,w)
- Psychosen: manisch-depressive Psychose bei einer Patientin, exogene Psychose (Disulfiram) bei einem Patienten, schizoaffektive Psychose bei einer Patientin, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie bei 2 Patienten (m,w), depressiv-reaktive Psychose bei 3 Patienten (2m,w).

Patienten mit zwei zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen

Betrachten wir zunächst die 50 Männer (26,2% aller männlichen Patienten des Kollektivs).

Am häufigsten, nämlich bei 14 Patienten (28% aller Männer mit 2 psychiatrischen Nebendiagnosen), fand sich die Kombination Anfallsleiden-psychosomatische Erkrankung. Bei 50% dieser Patienten stellt die psychosomatische Erkrankung ein Magen-Darm-Geschwür bzw. eine Magenresektion dar; bei weiteren 2 Patienten tritt eine Magenresektion zusammen mit einer anderen psychosomatischen Erkrankung und mit dem Anfallsleiden auf. Bei 3 Patienten fanden wir die Kombination Anfallsleiden-psychosomatische Erkrankung aus dem Herz-Kreislaufsystem und bei einem Patienten die Kombination Anfallsleiden-Adipositas.

Die am zweithäufigsten aufgetretenen Kombination ist die Verbindung Neurose-psychosomatische Erkrankung, die bei 8 Patienten (16,0% aller Männer mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) gefunden wurde.

6 von ihnen litten an einer depressiven Neurose, die wiederum bei 4 dieser Patienten mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung kombiniert war, während die beiden anderen Männer an Adipositas bzw. an einer Magenresektion litten. Die beiden zuerst genannten Patienten litten an einer hysterischen bzw. hypochondrischen Neurose, die jeweils mit mehreren psychosomatischen Erkrankungen kombiniert war.

Weitere 7 Patienten (14,0% aller Männer mit 2 psychiatrischen Nebendiagnosen) zeigten die Verbindung Persönlichkeitsstörung-psychosomatische Erkrankung. Hier fanden wir sechs verschiedene Charakterneurosen und psychosomatische Erkrankungen vornehmlich des Herz-Kreislauf- und des Verdauungssystems.

Die Kombination Psychopathie-Neurose fand sich bei 5 Patienten (10,0% aller Männer mit 2 psychiatrischen Nebendiagnosen), wobei es sich immer um eine depressive Neurose und bei 3 Patienten um eine anankastische Persönlichkeitsstörung handelt.

Soziale Verwahrlosung wurde bei 9 Patienten (18% aller Männer mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) festgestellt. Diese Auffälligkeit war bei 4 Patienten mit einer Psychopathie verbunden (3 von ihnen wurden als haltschwach oder soziodopathisch bezeichnet), bei 2 Patienten mit einer psychosomatischen Erkrankung, bei je einem Patienten mit Epilepsie, Neurose oder Deбилität.

Bei 3 Patienten (6,0% aller Männer mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) lagen Potenzstörungen vor, zweimal verbunden mit einer Neurose und einmal mit einer Persönlichkeitsstörung.

Bei 2 Patienten (4,0% aller Männer mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) fand sich die Kombination Anfallsleiden-Psychopathie und bei je einem Patienten die Verbindung psychosomatische Erkrankung-Oligophrenie und Psychose-Neurose.

Bei den 31 Frauen (33,0% aller weiblichen Patientinnen), die zwei psychiatrische Nebendiagnosen aufwiesen, fanden wir die Kombination Neurose-psychosomatische Erkrankung am häufigsten, nämlich bei 12 Patientinnen (38,7% aller Frauen mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen). 11 von ihnen litten an einer depressiven Neurose, in 4 Fällen kombiniert mit multiplen psychosomatischen Erkrankungen, bei 3 Patientinnen kombiniert mit Adipositas und bei 4 weiteren Frauen verbunden mit je einer anderen psychosomatischen Diagnose. Bei einer Patientin fanden sich die Diagnosen phobische Neurose und Adipositas.

Bei 5 Patientinnen (16,1% aller Frauen mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) lag die Kombination Persönlichkeitsstörung-Neurose vor. Es handelte sich bei allen Patientinnen um eine depressive Neurose, die bei 3 Frauen mit einer hysterischen Kernneurose verbunden war. Die anderen beiden Frauen hatten eine asthenische bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung.

Bei 3 Patientinnen (9,7% aller Frauen mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) fanden wir die Diagnosen Psychopathie-psychosomatische Erkrankung.

Verwahrlosungstendenzen wurden bei 6 Patientinnen (19,3% aller Frauen mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) beobachtet; diese waren in 3 Fällen verknüpft mit je einer psychosomatischen Erkrankung und bei je einer Patientin mit Psychopathie, einem Anfallsleiden und mit einer Neurose.

Bei 2 Patientinnen (6,4% aller Frauen mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen) wurden eine psychosomatische Erkrankung und ein Anfallsleiden diagnostiziert; bei weiteren 2 Patientinnen (6,4%) eine Anorgasmie, einmal kombiniert mit psychosomatischen Erkrankungen und einmal mit einer Psychopathie.

Die Kombination Persönlichkeitsstörung - Anfallsleiden fanden wir bei einer Patientin (3,2% aller Frauen mit zwei psychiatrischen Nebendiagnosen).

Patienten mit drei zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen

Bei den 25 männlichen Patienten (13,1% aller Männer des Kollektivs) mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen fanden wir

- bei 5 Patienten (20,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) die Kombination Persönlichkeitsstörung-Neurose-psychosomatische Erkrankung, wobei immer eine depressive Neurose vorlag
- bei 4 Patienten (16,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) Potenzstörungen, immer kombiniert mit einer psychosomatischen Erkrankung, bei 2 Patienten weiterhin verbunden mit einer depressiven Neurose, bei einem Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung und bei einem Patienten mit einem Anfallsleiden
- bei 3 Patienten (12,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) lag Homosexualität vor, immer verbunden mit einer depressiven Neurose, bei 2 Patienten außerdem mit einer Persönlichkeitsstörung und bei einem Patienten mit einem Anfallsleiden

- das Symptom Verwahrlosung wurde bei 8 Patienten (32,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) beschrieben. Bei 3 von ihnen war es mit einer depressiven Neurose und mit einer psychosomatischen Erkrankung und bei weiteren 3 Patienten mit einem Anfallsleiden und einer psychosomatischen Erkrankung verbunden. Ein Patient bot die Kombination Verwahrlosung-Persönlichkeitsstörung-Anfallsleiden und einer die Verbindung Verwahrlosung-Neurose-Anfallsleiden
- bei 3 Patienten (12,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) wurde die Kombination Anfallsleiden-Neurose-psychosomatische Erkrankung beobachtet
- bei einem Patienten (4,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) wurde diagnostiziert: Anfallsleiden-Persönlichkeitsstörung-psychosomatische Erkrankung
- bei einem weiteren Patienten (4,0% aller Männer mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) wurde beobachtet: Verdacht auf Psychose-Neurose-psychosomatische Erkrankung.

Bei den 12 Patientinnen (12,8% aller Frauen des Kollektivs), die an drei psychiatrischen Nebendiagnosen erkrankt waren, wurde folgendes festgestellt:

- bei 4 Patientinnen (33,3% aller Frauen mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) fand sich die Kombination Persönlichkeitsstörung-Neurose-psychosomatische Erkrankung, wobei es sich bei 3 Frauen um eine depressive Neurose und bei 3 Frauen um eine hysterische Persönlichkeitsstörung handelte
- 4 Patientinnen (33,3% aller Frauen mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) klagten über Anorgasmie oder Libidoverlust. Alle 4 Patientinnen litten zugleich an einer depressiven Neurose, wobei jede der Patientinnen noch eine der folgenden Diagnosen zugeordnet bekam: Anfallsleiden-Verwahrlosung-Homosexualität-Persönlichkeitsstörung

- bei 2 Patientinnen (16,7% aller Frauen mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) wurde diagnostiziert:
depressive Neurose - Persönlichkeitsstörung - Verwahrlosung
- bei einer Patientin (8,3% aller Frauen mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) wurde die Kombination
Anfallsleiden - Neurose - exogene Psychose und bei
- einer weiteren Patientin (8,3% aller Frauen mit drei psychiatrischen Nebendiagnosen) die Kombination Neurose -
psychosomatische Erkrankung - Verwahrlosung festgestellt.

Patienten mit vier zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen

Bei den 8 Männern (4,2% aller Männer des Kollektivs) ergab sich folgendes Bild:

bei 6 von ihnen wurde Verwahrlosung beschrieben, 3 litten an Potenzstörungen und bei wiederum 3 Patienten wurde eine depressive Neurose festgestellt.

Die übrigen Diagnosen sind so vielfältig und bei jedem Patienten anders geartet, so daß eine systematische Darstellung als nicht relevant erscheint.

Auch bei den 3 weiblichen Patienten (3,2% aller Frauen) gleicht keine Diagnose der anderen, so daß wir auch hier auf eine ausführliche Darstellung verzichten.

Patienten mit fünf zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen

Es seien noch kurz jene 4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) erwähnt, bei denen 5 psychiatrische Nebendiagnosen gestellt werden mußten.

Bei den 3 männlichen Patienten fanden sich:

- Anfallsleiden-labile Persönlichkeit-hysterische Neurose-Verwahrlosung-Minderbegabung
- Anfallsleiden-depressive Neurose-psychosomatische Erkrankung-Impotenz-Verwahrlosung
- Persönlichkeitsstörung-Neurose-psychosomatische Erkrankung-Impotenz-Verwahrlosung.

Bei der weiblichen Patientin wurde diagnostiziert:

- Anfallsleiden-Persönlichkeitsstörung-depressive Neurose-psychosomatische Erkrankung-Demenz.

3.1.7. Zur sozialen Anamnese

3.1.7.1. Familienstand

80 (28,1% des Kollektivs) Patienten (62m=32,5% aller Männer und 18w=19,1% aller Frauen) waren ledig und 117 (41,0%) Patienten (78m=40,8% und 39w=41,5%) verheiratet. 49 (17,2%) Patienten (28m=14,6% und 21w=22,3%) sind geschieden und nicht wieder verheiratet. 5 (1,7%) Patienten (2m=1,0% und 3w=3,2%) lebten getrennt. 10 (3,5%) Patienten (3m=1,6% und 7w=7,4%) sind verwitwet. 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) waren verwitwet und sind wieder verheiratet. 20 (7,0%) Patienten (15m=7,8% und 5w=5,3%) sind geschieden und wieder verheiratet. Von 2 (0,7%) Patienten (m=1,0% aller Männer) waren keine Informationen zu erhalten.

Es bleibt nachzutragen, daß 2 (,07%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) trotz der Scheidung bei der Familie lebten.

3.1.7.2. Ehequalität

139 (48,8% des Kollektivs) Patienten, 94 Männer (49,2% aller Männer) und 45 Frauen (47,9% aller Frauen), waren zum Zeitpunkt der Untersuchung verheiratet.

Von allen verheirateten Patienten beurteilten 59 (42,4% aller Verheirateten), 48 Männer (51,1% aller verheirateten Männer) und 11 Frauen (24,4% aller verheirateten Frauen), ihre Ehe als intakt. 71 (51,1% aller Verheirateten) Patienten (39m=41,5% aller verheirateten Männer und 32w=71,1% aller verheirateten Frauen) schilderten ihre Ehe als problematisch. So gaben z.B. 5 Patientinnen (11,1% aller verheirateten Frauen) an, daß sie von ihrem Mann geschlagen wurden, während 13 männliche Alkoholiker (13,8% aller verheirateten Männer) berichteten, daß sie ihre Ehefrauen verprügelten.

10 Patientinnen (22,2% aller Frauen) beschrieben ihren Ehepartner als Alkoholiker und 7 (7,4% aller verheirateten Männer) Patienten unseres Kollektivs gaben an, daß auch die Ehefrau Alkoholikerin sei.

12 (8,6% aller Verheirateten) Patienten (6m=6,4% aller verheirateten Männer und 6w=13,3% aller verheirateten Frauen) erklärten, daß der Ehepartner sich scheiden lassen wolle. Weitere 4 Patienten (4m=4,2% aller verheirateten Männer) berichteten von extramatriimonialen Beziehungen.

Der Ehepartner von 3 Patientinnen (6,7% aller verheirateten Frauen) war psychisch erkrankt.

Von den restlichen 9 (6,5% aller Verheirateten) Patienten (7m=7,4% aller verheirateten Männer und 2w=4,4% aller verheirateten Frauen), die zum Zeitpunkt unserer Untersuchung verheiratet waren, liegen hinsichtlich der Ehequalität keine Aussagen vor.

3.1.7.3. Sozialschicht

70 (24,6% des Kollektivs) Patienten (48m=25,1% aller Männer und 22w=23,4% aller Frauen) gehören der unteren Unterschicht, 106 (37,2%) Patienten (71m=37,2% und 35w=37,2%) der oberen Unterschicht an. 65 (22,8%) Patienten (45m=23,6% und 20w=21,3%) wurden zur unteren Mittelschicht gerechnet und 27 (9,5%) Patienten (17m=8,9% und 10w=10,6%) zur oberen Mittelschicht.

Es fanden sich 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) aus der Oberschicht. Ferner waren in unserem Kollektiv

3 (1,0%) Studenten (3m=1,6% aller Männer), weiterhin

2 (0,7% des Kollektivs) Patientinnen (2,1% aller Frauen), die sich noch in der Ausbildung befanden, und ein Künstler (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer).

Von 9 (3,1%) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) erhielten wir keine Angaben.

3.1.7.4. Schulbildung

3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer) hatten die Volksschule nicht abgeschlossen. 143 (50,2%) Patienten (95m=49,7% aller Männer und 48w=51,1% aller Frauen) verfügten über den Volksschulabschluß. 44 (15,4%) Patienten (23m=12,0% und 21w=22,3%) besaßen die Mittlere Reife und 13 (4,6%) Patienten (9m=4,7% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) das Abitur. 8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) hatten ein Studium abgebrochen und 21 (7,4%) Patienten (15m=7,8% aller Männer und 6w=6,4% aller Frauen) hatten dieses beendet.

Über 53 (18,6%) Patienten (40m=20,9% und 13w=13,8%) liegen keine Informationen vor.

3.1.7.5. Berufssparte

Hier soll differenziert werden, wieviele unserer Patienten Alkoholberufe oder alkoholgefährdete Berufe ausübten. Als "Alkoholberufe" werden diejenigen Berufe bezeichnet, die mit Produktion oder Vertrieb von Alkohol beschäftigt sind, während man unter alkoholgefährdeten Berufen solche versteht, in denen der Alkoholverbrauch traditionsgemäß sehr hoch ist, wie z.B. bei Maurern, Seeleuten, Vertretern usw.

Wir stellten fest, daß 19 (6,7% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) einen Alkoholberuf mindestens 6 Monate ausgeübt hatten und 51 (17,9%) Patienten (46m=24,1% und 5w=5,3%) mindestens 6 Monate einem alkoholgefährdeten Beruf nachgegangen waren.

3.1.7.6. Berufsverhältnis

35 (12,3% des Kollektivs) Patienten (31m=16,2% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) waren Arbeiter, 87 (30,5% des Kollektivs) Patienten (65m=34,0% aller Männer und 22w=23,4% aller Frauen) angestellt oder beamtet. 22 (7,7%) Patienten (18m=9,4% und 4w=4,2%) arbeiteten als Selbständige oder Freiberufler. 2 Patienten (0,7% des Kollektivs; 1,0% aller Männer) waren Soldaten. 7 (2,4%) Patienten (5m=2,6% und 2w=2,1%) befanden sich noch in der Ausbildung. 37 (13,0%) Patienten (24m=12,6% und 13w=13,8%) waren berentet und 58 (20,3%) Patienten (44m=23,0% und 14w=14,9%) mindestens 3 Monate arbeitslos. 19 (6,7%) Patientinnen (20,2% aller Frauen) arbeiteten als Nur-Hausfrau und 16 Patientinnen (5,6% des Kollektivs; 17,0% aller Frauen) als Hausfrau mit einer Nebenbeschäftigung. Das Berufsverhältnis von 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% aller Männer und w=1,1% aller Frauen) ist unbekannt.

3.1.7.7. Sozialkontakte

61 (21,4% des Kollektivs) Patienten (43m=22,5% aller Männer und 18w=19,1% aller Frauen) lebten allein, wobei 22 (7,7% des Kollektivs) von ihnen (15m=7,8% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) berichteten, keinen oder nur sehr wenig Kontakt zu ihrer Umgebung zu haben und 39 (13,7% des Kollektivs) Patienten (28m=14,6% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen) angaben, gelegentlich wechselnde Kontakte zu pflegen.

Bei den Eltern lebten 21 (7,4%) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 9w=9,6% aller Frauen), beim Ehepartner 64 (22,4% des Kollektivs) Patienten (45m=23,6% aller Männer und 19w=20,2% aller Frauen) und bei den Kindern oder sonstigen Verwandten 12 (4,2%) Patienten (1m=0,5% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen). 33 (11,6%) Patienten (23m=12,0% und 10w=10,6%) lebten mit einem festen Partner zusammen und 75 (26,3%) Patienten (49m=25,6% aller Männner und 26w=27,6% aller Frauen) mit Ehepartner und Kindern. 18 (6,3%) Patienten (17m=8,9% und 1w=1,1%) lebten in Heimen.

Über einen Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) lagen keine Angaben vor.

3.1.7.8. Wohngemeinschaft

58 (20,3% des Kollektivs) Patienten (40m=20,9% aller Männer und 18w=19,1% aller Frauen) gaben an, alleine zu wohnen, wobei 8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) in einer eigenen und 50 (17,5% des Kollektivs) Patienten (35m=18,3% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) in einer fremden Wohnung zur Miete wohnten.

97 (34,0%) Patienten (60m=31,4% und 37w=39,4%) lebten zusammen mit einer anderen Person in einem Haushalt und bei 88 (30,9%) Patienten (56m=29,3% und 32w=34,0%) bestand der Haushalt aus 3 oder mehr Personen.

30 (10,5% des Kollektivs) Patienten (24m=12,6% und 6w=6,4%) wechselten die Wohngemeinschaft häufig.

Wir wissen von 12 (4,2%) Patienten (11m=5,7% und 1w=1,1%) nichts über deren Wohngemeinschaft.

3.1.7.9. Führerscheinentzug wegen Alkoholismus

31 (10,9% des Kollektivs) Patienten (30m=15,7% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) verloren ihren Führerschein wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß, bei weiteren 4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) besteht der entsprechende Verdacht.

3.1.8. Bisher durchgeführte Therapieversuche

28 (9,8%) Patienten (17m=8,9% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen) waren vor der Untersuchung in der Psychiatrischen Poliklinik des MPI bereits anderswo ambulant neurologisch und/oder psychiatrisch untersucht worden.

57 (20,0%) Patienten (34m=17,8% aller Männer und 21w=22,3% aller Frauen) waren bereits einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen.

Eine ambulante Therapie, kombiniert mit einer stationären psychiatrischen Behandlung, hatten 41 (14,4% des Kollektivs) Patienten (20m=10,5% aller Männer und 21w=22,3% aller Frauen) durchgemacht.

Einer ambulanten Therapie, kombiniert mit mehrfachen stationären Behandlungen, hatten sich 2 (0,7%) Patienten (1m=0,5% und 1w=1,1%) unterzogen. 3 (1,0%) Patienten (3m=1,6% aller Männer) waren bereits mehrfach stationär behandelt worden.

Keine psychiatrisch-neurologische Behandlung hatten bis zum Untersuchungstag in der Poliklinik des MPI 138 (48,4% des Kollektivs) Patienten (101m=52,9% aller Männer und 37w=39,4% aller Frauen) erfahren.

Über 16 (5,6%) Patienten (13m=6,8% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) liegen keine genauen Auskünfte vor.

Wahrscheinlich 60 (21,0% des Kollektivs) Patienten (38m=19,9% aller Männer und 22w=23,4% aller Frauen) waren in einer stationären Entzugsbehandlung gewesen. Diese lag bei 17 (6,0% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) weniger als 6 Monate bis zum Untersuchungszeitpunkt in der Poliklinik des MPI zurück, während bei 43 (15,1% des Kollektivs) Patienten (26m=13,6% aller Männer und 17w=18,1% aller Frauen) mehr als 6 Monate verstrichen waren.

210 (73,7% des Kollektivs) Patienten (140m=73,3% aller Männer und 70w=74,5% aller Frauen) hatten noch keine stationäre Entzugsbehandlung durchgemacht.

Bei 15 (5,3%) Patienten (13m=6,8% und 2w=2,1%) fehlen die Informationen.

Innerhalb weniger als 6 Monate nach der Entzugsbehandlung waren 52 (86,7% aller Patienten, bei denen diese Behandlung durchgeführt worden war) Patienten, 32 Männer (84,2% aller Männer, die behandelt worden waren) und 20 Frauen (90,9% aller Frauen mit einer Entzugsbehandlung), rückfällig geworden, während nur 7 (11,7%) Patienten (5m=13,1% und 2w=9,1%) länger als 6 Monate abstinent blieben.

Gerichtliche Maßnahmen

Eine Verwahrung, Entmündigung oder Pflegschaft war bei 33 (11,6% des Kollektivs) Patienten (22m=11,5% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen) ausgesprochen worden; diese juristischen Maßnahmen wurden wahrscheinlich bei weiteren 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) verfügt.

3.2. Therapievorschläge durch die Poliklinik

In diesem zweiten Hauptteil werden alle Therapievorschläge quantitativ dargestellt, die unseren Patienten im ersten Behandlungsjahr, also 1974, gemacht wurden.

Die Aufstellung, wie viele Patienten jeweils zu welcher Institution überwiesen wurden, diene als erster Überblick.

Nur 2 (0,7% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) wurde überhaupt keine Behandlung zuteil. 5 (1,7%) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) wurden an ihren Hausarzt oder an einen nicht einschlägigen Facharzt überwiesen, erhielten also keine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. 24 (8,4%) Patienten (14m=7,3% und 10w=10,6%) wurden an einen Psychiater oder an eine psychiatrisch-neurologische Poliklinik, jedoch nicht an die des MPI, weiter vermittelt.

175 (61,4% des Kollektivs) Patienten (116m=60,7% aller Männer und 59w=62,8% aller Frauen) wurden an die Poliklinik des MPI zur weiteren Behandlung verwiesen und 9 (3,1%) Patienten (8m=4,2%; 1w=1,1%) wurden in die Klinik des MPI überwiesen, einer davon zur neurologischen Behandlung.

48 (16,8%) Patienten (33m=17,3% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) wurden in ein nicht-psychiatrisches Krankenhaus überwiesen, bekamen also - mit Ausnahme von Psychopharmaka - keine fachärztliche psychiatrische Behandlung mehr angeordnet. 47 (16,5% des Kollektivs) dieser Patienten (32m=16,7% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) wurden hierzu in das KMS überwiesen, ein Patient (0,3% des Kollektivs) in ein anderes städtisches Krankenhaus.

22 (7,7%) Patienten (15m=7,8% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) wurden in andere Einrichtungen vermittelt:

14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (10m=5,2% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) in ein Bezirkskrankenhaus, 2 (0,7%) Patienten (2w=2,1% aller Frauen) in ein Pflegeheim, 5 (1,7%) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) in eine Suchtfachklinik und ein (0,3% des Kollektivs) Patient zu einer ambulanten Verhaltenstherapie.

Die folgende Analyse soll nun die Therapievorschläge an unsere Patienten verdeutlichen.

3.2.1. Medikamentöse Therapie

35 (12,3% des Kollektivs) Patienten (24m=12,6% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen) bekamen Clomethiazol und 33 (11,6%) Patienten (18m=9,4% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) Disulfiram verordnet.

10 (3,5%) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 5w=11,7% aller Frauen) wurden Antidepressiva verschrieben; 12 (4,2%) Patienten (9m=4,7% und 3w=3,2%) Neuroleptika (ohne Haloperidol) oder Tranquilizer. Weitere 4 (1,4%) Patienten (3m=1,6% und 1w=1,1%) bekamen Haloperidol und 2 (0,7%) Patientinnen (2,1% aller Frauen) Antikonvulsiva verordnet. 14 (4,9%) Patienten (11m=5,7% und 3w=3,2%) wurden Medikamente, die Vitamin B enthalten, rezeptiert. 3 (1,0%) Patienten (3m=1,6% aller Männer) wurden Mittel zur Förderung der Hirndurchblutung verschrieben.

3.2.2. Psychotherapeutische Maßnahmen

3.2.2.1. Pragmatische Psychotherapie

13 (4,6% des Kollektivs) Patienten (11m=5,7% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) wurde eine pragmatische Psychotherapie empfohlen; so wurde 9 (3,1% des Kollektivs) Patienten (8m=4,2% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) geraten, autogene Training zu erlernen und 4 (1,4%) Patienten (1% aller Männer) wurde eine Sexualtherapie nach MASLOWERS und JOHNSON, modifiziert nach KOCKOTT, empfohlen.

3.2.2.2. Analytische Einzeltherapie

Eine analytische Einzeltherapie wurde 2 (0,7% des Kollektivs) Patienten (m=0,5% aller Männer und w=1,1% aller Frauen) empfohlen.

3.2.2.3. Verhaltenstherapie

38 (13,3%) Patienten (24m=12,6% aller Männer und 14w=14,9% aller Frauen) wurden zu einer verhaltenstherapeutisch orientierten Selbstkontrollgruppe, die in der Poliklinik stattfand, eingeladen (20).

Ein Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) wurde zu einer ambulanten, verhaltenstherapeutischen Raucher-

Entwöhnungstherapie, die in einer Arbeitsgruppe des MPI durchgeführt wird, verwiesen.

3.2.2.4. Gruppentherapie

10 (3,5% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) wurde empfohlen, an einer nicht verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapie teilzunehmen. So wurden zu einer Nachsorgegruppe ("Alkoholikerklub") für ehemalige Patienten, die aus einer Suchtfachklinik entlassen waren, 7 (2,4%) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen), zu einer Gruppentherapie, die familientherapeutisch orientiert war, 2 Patienten (0,7% des Kollektivs; 1,0% aller Männer) und zu einer analytischen Gruppentherapie eine Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) eingeladen.

3.2.2.5. Familientherapie

Eine familientherapeutisch orientierte Paartherapie wurde 22 (7,7% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 10w=10,6% aller Frauen) angeboten, wobei ein von D.Wilchfort (81) modifiziertes Verfahren angewendet wurde.

3.2.2.6. Gesprächspsychotherapie

61 (21,4% des Kollektivs) Patienten (39m=20,4% aller Männer und 22w=23,4% aller Frauen) wurden zu einer individuellen Gesprächspsychotherapie, die fast immer von den Ärzten der Poliklinik durchgeführt wurde, eingeladen.

3.2.2.7. Informationsabende für Alkoholiker

Die "Informationsabende für Alkoholiker" finden einmal wöchentlich im MPI statt. Sie dienen der Aufklärung des alkoholkranken Patienten über seine Krankheit, zugleich der Motivierung zur Therapie und dem gegenseitigen Kennenlernen von Klient und Therapeut.

157 (55,1% des Kollektivs) Patienten (103m=53,9% aller Männer und 54w=57,4% aller Frauen) wurden zu diesen Abenden eingeladen, seitens des Therapeuten verbunden mit der Bitte um etwa sechsmaligen Besuch.

3.2.2.8. Weitere Maßnahmen

Um eine - nach der ersten Vorstellung - erneute Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten bzw. der Poliklinik wurden 135 (47,4% des Kollektivs) Patienten (80m=41,9% aller Männer und 55w=58,5% aller Frauen) gebeten.

Eine Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie wurde keinem Patienten angeboten.

3.2.3. Einweisung in spezielle Einrichtungen

56 (19,6% des Kollektivs) Patienten (40m=20,9% aller Männer und 16w=17,0% aller Frauen) wurden in eine Suchtfachklinik überwiesen. Für 32 (11,2% des Kollektivs) Patienten (21m=11,0% und 11w=11,7%) wurde hierfür ein offenes und für 24 (8,4%) Patienten (19m=9,9% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) ein geschlossenes Heim gewählt.

Bei 9 (3,1% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% und 5w=5,3%) wurde die Aufnahme in ein Pflegeheim angeregt.

Eine Vermittlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft, in ein Erziehungsheim, eine Tagesstätte oder in eine andere ähnliche Einrichtung wurde bei keinem Patienten erwogen.

3.2.4. Gerichtliche Maßnahmen

Für 14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (11m=5,7% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) mußte eine Verwahrung angeordnet werden. Für 7 (2,4%) Patienten (4m=2,1% und 3w=3,2%) wurde eine Pflegschaft beantragt. Eine Entmündigung wurde bei keinem Patienten eingeleitet.

3.2.5. Einschaltung des Sozialdienstes

Der Sozialdienst wurde in 55 Fällen um Vermittlung ersucht. So wurde die Sozialarbeiterin gebeten, bei 9 (3,1% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 6w=6,4% aller Frauen) im familiären Bereich zu intervenieren und bei 10 (3,5%) Patienten (6m=3,1% und 4w=4,2%) zur beruflichen Rehabilitation des Klienten beizutragen. Des weiteren wurde der Sozialdienst eingeschaltet, um bei 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% und 2w=2,1%) für eine Wohnmöglichkeit zu sorgen, um bei 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) die finanzielle Situation zu verbessern und um für 22 (7,7%) Patienten (12m=6,3% und 10w=10,6%) einen Kuraufenthalt - im Sinne einer Alkoholentziehungscur - zu vermitteln. Die Sozialarbeiterin wurde wegen weiterer 4 (1,4%) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) in anderen Angelegenheiten eingeschaltet.

3.2.6. Vorschlag der Kontaktaufnahme mit Selbsthilfeorganisationen

41 (14,4% des Kollektivs) Patienten (26m=13,6% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) wurde geraten, mit den Anonymen Alkoholikern Kontakt aufzunehmen. 4 (1,4%) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) bekamen die Empfehlung, sich an eine sozialpsychiatrischen Einrichtung (die "Arche") zu wenden. Ein Patient (0,3% aller Patienten; 0,5% aller Männer) wurde an das Jugendamt und einer an das "Blaue Kreuz", eine konfessionelle Selbsthilfeorganisation, verwiesen.

3.2.7. Analyse der Verteilung verschiedener Therapievorschläge

In dieser Darstellung soll kurz beschrieben werden, wieviele Patienten jeweils welche Therapievorschläge erhielten. Leider können wir in diesem und den folgenden Abschnitten aus computertechnischen Gründen nur 284 Patienten berücksichtigen.

Patienten, die ohne spezielle Therapie weiter überwiesen wurden

27 (9,5% des Kollektivs) Patienten (19m=10,0% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen) bekamen von den Ärzten der Poliklinik keine spezielle psychiatrische Therapie vorgeschlagen. Ohne jede weitere Behandlung wurden jedoch nur 2 (0,7% des Kollektivs) Patienten (m=0,5% aller Männer und w=1,1% aller Frauen) entlassen.

Weitere 2 (0,7%) Patienten (m=0,5% und w=1,1%) wurden zum Hausarzt oder nicht einschlägigen Facharzt überwiesen, während 7 (2,5%) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) an einen Facharzt für Psychiatrie überwiesen wurden. 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% und 1w=1,1%) wurden sofort in die Psychiatrische Klinik des MPI verlegt. 13 (4,6%) Patienten (11m=5,8% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) wurden zur vorwiegend internistischen Behandlung in ein städtisches Krankenhaus überwiesen.

Patienten, die einen Therapievorschlg erhielten

58 (20,4% des Kollektivs) Patienten (44m=23,1% aller Männer und 14w=14,9% aller Frauen) bekamen je einen Therapievorschlg gemacht.

Am häufigsten, nämlich 30 (51,7% aller Patienten, die je einen Therapievorschlg erhielten) Patienten (24m=54,4% aller Männer mit je einem Therapievorschlg und 6w=42,8% aller Frauen mit je einem Therapievorschlg) wurde das Angebot gemacht, die Informationsabende für Alkoholiker zu besuchen. Zwei Patienten (m) wurden außerdem zu einem niedergelassenen Psychiater überwiesen.

An 9 (15,5%) Patienten (8m=18,2% und 1w=7,1%) wurde die Bitte gerichtet, sich demnächst wieder in der Poliklinik des MPI vorzustellen, um weitere Therapiemöglichkeiten zu planen und den Kontakt aufrecht zu erhalten. Von diesen Patienten wurden 4 (3m, 1w) an ein städtisches Krankenhaus und 2 Patienten (m) zum Hausarzt zur weiteren Behandlung überwiesen.

4 (6,9%) Patienten (4m=9,1%) wurden in eine Suchtfachklinik überwiesen. 3 (5,2%) Patienten wurde Vitamin B verordnet; diese Patienten wurden in ein internistisches Krankenhaus weiter vermittelt.

Der Sozialdienst wurde ebenfalls für 3 (5,2%) Patienten (1m=2,3% und 2w=14,3%) eingeschaltet, wobei die Überweisung zum niedergelassenen Psychiater bzw. in ein städtisches Krankenhaus erfolgte.

Zu einer Gesprächspsychotherapie wurden 2 (3,4%) Patientinnen (14,3% aller Frauen) eingeladen; eine von ihnen wurde zum Psychiater und die andere in ein Krankenhaus überwiesen. Weiteren 2 (3,4%) 2 Patienten (1m=2,3% und 1w=7,1%) wurde die Kontaktaufnahme mit den Anonymen Alkoholikern empfohlen, wobei die Überweisung zum Hausarzt bzw. zum Psychiater erfolgte.

Weitere 5 Patienten (4m, 1w) erhielten einen der folgenden Therapievorschläge:

Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfegruppe, analytische Einzeltherapie, Verhaltenstherapie, Erlernen des Autogenen Trainings.

Patienten, die zwei Therapievorschläge erhielten

75 (26,4% des Kollektivs) Patienten (53m=27,9% aller Männer und 22w=23,4% aller Frauen) bekamen jeweils 2 verschiedene Therapien vorgeschlagen.

Einen Überblick über die verschiedenen Vorschläge gibt Tab. 5a) und 5b).

Tab.5a) männliche Patienten: 2 Therapievorschläge er

2

	Pat.1-10										Pat.11-20											
Therapieverschlagn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
Clomethiazol														x	x							
Haloperidol																						x
Disulfiram																						
Antidepressiva									x													
andere Psych.Ph.																						
Vit.B.																						
andere Medik.																						
Pragn.Psycho.								x														
Analytische Ein.								x														
Verhaltenstherap.													x								x	
Gruppentherapie																						
Familienth.			x	x																		
Gesprächstherap.																						
Wiedervorstellg.				x	x			x			x		x		x		x		x		x	x
Informationsabn.			x					xx			x	x		x	xx							
Suchtfachklinik					x													x	x		x	
Pflegeheim		x									x		x									
Verwahrung					x													x	x			
Pflegschaft		x									x		x									
Sozialarb.Fam.																						
- beruflich						x				x												
- Wohnmögl.																						
- finanziell																						
- Kuraufenth.																						x
- Sonstiges																						
Anonyme Al.																						
Andere Selbsth.gr.																x						
Überweisungen:																						
Nervenklinik					x									x				x	x			
nicht-psychia.KH										x	x			x								x
Hausarzt od.and.FA																						
Psychiater						x	x															
Sonstiges																						x
Eigene Poliklinik		x																				
			x	x				x	x		x	x			x	x	x			x		

Tab.5b) weibliche Patientinnen, die zwei Therapieverschlüge erhielten

Patienten, die drei Therapievorschläge erhielten

55 (19,4% des Kollektivs) Patienten (29m=15,3% aller Männer und 26w=27,6% aller Frauen) erhielten jeweils drei verschiedene Therapievorschläge.

Die Tabellen 6a) und 6b) geben hierüber einen Überblick.

	Pat. 1-10										Pat. 11-20										Pat. 21-29									
Therapievorschlag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Clomethiazol				x			x			x							x													
Haloperidol																														
Disulfiram														x										x						
Antidepressiva																			x											
andere Psych.Ph.																														
Vit.B									x													x				x				
andere Medik.					x																	x								
Pragmat.Psychoth.														2x																
Analytische E.																														
Verhaltenstherap.			x									x					x	x	x											
Gruppentherapie																														
Familienthera.																													x	
Gesprächstherap.		x							x																					
Wiedervorstellug.	x	x				x	x		x				x	x	x	x			x	x		x	x		x	x	x	x	x	
Informationsabd.	x	x	x			x	x	x	x		x	x					x	x	x	x						x	x	x	x	
Suchtfachklinik				x		x		x	x																					
Pflegeheim						x																								
Verwahrung										x																				
Pflegschaft																														
Sozialarb.Fam.						x																								
-beruflich																													x	
-Wohnmgl.																														
-finanziell																														
-Kuraufent.									x																					
-Sonstiges																														
Anonyme Alk.																											x	x	x	
Andere Selbsth.gr.																x														
Überweisungen:																														
Nervenklinik								x																						
nicht-psychiat.KH						x																							x	
Hausarzt od.and.FA																														
Psychiater																														
Sonstiges																														
Eigene Poliklinik	x	x	x					x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	

Tab. 6a) männliche Patienten, die 3 Therapievorschläge erhielten

	Pat.1-10										Pat.11-20									
Therapieverschlagn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Clomethiazol					x						x	x							x	
Haloperidol																				x
Disulfiram																			x	
Antidepressiva										x										
Andere Psychoph.	x																			
Vit.B											x									
andere Medik.																				
Pragmat.Psycho.																				
Analytische Ein.																				
Verhaltenstherap.								x											x	
Gruppentherapie							x													
Familiientherap.																x				
Gesprächstherap.	x					x			x									x	x	x
Wiedervorstellug.	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Informationsabd.	x	x				x	x				x	x	x	x		x	x	x	x	x
Suchtfachklinik			x	x					x											
Pflegeheim						x										x				
Verwahrung																				
Pflegschaft																				
Sozialarb.Fam.			x																	x
- beruflich																				
- Wohnmög.						x														
- finanziell																				
- Kuraufent.					x				x											
- Sonstiges														x						
Anonyme Alk.			x							x							x	x	x	
Andere Selbsthi.gr.																				
Überweisungen:																				
Nervenklinik																				
nicht-psychiat.KH		x				x												x		x
Hausarzt od.and.FA																				
Psychiater																				
Sonstiges																	x			
Eigene Poliklinik	x		x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x

Tab. 6b) weibliche Patienten, die drei Therapieverschlüge erhielten

Patienten, die vier Therapievorschläge erhielten

29 (10,2% des Kollektivs) Patienten (20m=10,5% aller Männer und 9w=9,6% aller Frauen) bekamen jeweils vier verschiedene Therapiemöglichkeiten vorgeschlagen.

Die Tabelle 7 gibt hierüber einen Überblick.

Therapievorschlg	männl.Pat.										weibl.Pat.									
	Pat.1-10										Pat.11-20									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Clomethiazol		x	x	x				x												
Haloperidol					x															
Disulfiram										x				x						
Antidepressiva																				
Andere Psychoph.				x																
Vit. B		x																		
andere Medikam.																				
Pragmat.Psychoth.																				
Analytische Einzel.																				
Verhaltenstherap.	x					x	x	x	x											
Gruppentherapie																				
Familientherapie																				
Gesprächstherap.						x	x													
Wiedervorstellung.	x	x																		
Informationsabd.	x	x	x	x																
Suchtfachklinik																				
Pflegeheim																				
Verwahrung																				
Pflegschaft																				
Sozialarb.Fam.																				
- beruflich																				
- Wohnmgl.																				
- finanziell																				
- Kuraufent.																				
- Sonstiges																				
Anonyme ALK.	x	x	x																	
Andere Selbsth.gr.																				
Überweisungen:																				
Nervenklinik																				
nicht-psych.KH																				
Hausarzt od.and.FA																				
Psychiater																				
Sonstiges																				
Eigene Poliklinik	x	x	x																	

Tab. 7: Patienten (männlich und weiblich, die 4 Therapievorschläge erhielten

Patienten, die fünf Therapievorschläge erhielten

In unserem Kollektiv waren 16 Patienten (5,6% des Kollektivs), 11 Männer (5,8% aller Männer) und 5 Frauen (5,3% aller Frauen, die je fünf Therapievorschläge erhielten.

Therapievorschlg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1		1	2	3	4	5
Clomethiazol								x									
Haloperidol				x													
Disulfiram	x							x		x					x		
Antidepressiva			x							x					x	x	
Andere Psychoph.					x												
Vit.B								x									
andere Medikam.																	
Pragmat.Psycho.																	
Analytische Einzel.																	
Verhaltenstherap.						x			x		x			x	x		
Gruppentherapie																	
Familientherapie				x		x	x							x			
Gesprächstherap.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	
Wiedervorstellung.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x
Informationsabd.		x	x			x	x	x		x				x	x	x	x
Suchtfachklinik	x	x		x	x				x	x	x				x	x	x
Pflegeheim																	
Verwahrung		x		x													
Pflegschaft					x												
Sozialarb.Fam.		x															
- beruflich																	
- Wohnmgl.																	
- finanziell																	
- Kuraufent.								x	x	x					x	x	
- Sonstiges																	
Anonyme Alk.	x	x			x											x	
Andere Selbsth.gr.																	
Überweisungen:																	
Nervenklinik		x		x													
nicht-psych.KH																	
Hausarzt od.and.FA																	
Psychiater																	
Sonstiges																	
Eigene Poliklinik	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x

Tab. 8: Patienten (männlich und weiblich), die 5 Therapievorschläge erhielten

Patienten, die sechs bzw. sieben Therapievorschläge erhielten
 9 (3,2% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) erhielten jeweils sechs verschiedene Therapiemöglichkeiten angeboten.

8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) wurden je sieben Therapievorschläge gemacht.

Therapievorschlg	Pat.mit 6 Therapie- vorschlägen									Pat.mit 7 Therapie- vorschlägen								
	männl.						weibl.			männl.						weibl.		
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	3
Clomethiazol	x				x	x				x								
Haloperidol																		
Disulfiram		x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x		x		
Antidepressiva					x					x								
Andere Psychoph.									x									
Vit.B																	x	
andere Medikam.																x		
Pragmat.Psychoth.										x	x							
Analytische Einzel.																		
Verhaltenstherap.				x	x			x		x	x	x	x	x	x	x	x	
Gruppentherapie			x							x	x					x		
Familientherapie			x										x	x	x			
Gesprchsthera.	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Wiedervorstellung.	x	x	x	x	x			x	x	x			x	x	x	x	x	
Informationsabd.	x	x		x	x			x	x				x	x	x	x	x	
Suchtfachklinik		x	x					x	x				x	x	x			
Pflegeheim													x	x	x			
Verwahrung																		
Pflegschaft																		
Sozialarb.Fam.																		
- beruflich		x				x		x										
- Wohnmgl.		x				x		x										
- finanziell						x												
- Kuraufent.		x						x						x				
- Sonstiges																		
Anonyme Alk.		x				x		x	x		x					x	x	
Andere Selbsth.gr.													x					
Überweisungen:																		
Nervenklinik																		
nicht-psych.KH																		
Hausarzt od.and.FA																		
Psychiater																		
Sonstiges									x									
Eigene Poliklinik	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Tab.9a)

Tab.9b)

Tab. 9a) - Patienten (männlich und weiblich), die sechs Therapievorschläge erhielten

Tab. 9b) - Patienten (männlich und weiblich), die sieben Therapievorschläge erhielten

Patienten, die mehr als sieben Therapievorschläge erhielten

5 (1,8% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) bekamen je acht Therapiemöglichkeiten vorgeschlagen. Ein (0,3% des Kollektivs) Patient erhielt neun Therapieangebote, und abschließend sei noch jene Patientin erwähnt (0,3% des Kollektivs), die zehn Therapievorschläge erhielt.

Therapievorschlg	m. weibl.				m.	w.
	1	2	3	4	1	1
Clomethiazol		x	x			x
Haloperidol						
Disulfiram	x	x	x	x	x	x
Antidepressiva	x					x
andere Psychopharm.					x	x
Vitamin B						
andere Medikamente						
Pragmat. Psychoth.	x					
analytische Einzelth.						x
Verhaltenstherapie	x	x	x			x
Gruppentherapie		x		x	x	
Familientherapie	x	x				
Gesprächstherap.	x	x	x	xx	x	x
Wiedervorstellung.	x	x	x	xx	x	x
Informat. Abnd.		x	x	xx	x	x
Suchtfachklinik	x		x	xx	x	
Pflegeheim						
Verwahrung						
Pflegschaft						
Soz. Arb. Familie		x				
- beruflich			x		x	x
- Wohnmgl.						
- finanziell				x		
- Kur			x	x		
- Sonstiges						
- Anonyme Alk.					x	
Andere Selbsth. gr.						
Überweisungen:						
Nervenklinik						
nicht-psych. KH						
Hausarzt od. and. FA						
Psychiater						
Sonstiges						
Eigene Poliklinik	x	x	x	x	x	x
	Tab.10a)				Tab.10b)	Tab.10c)

Tab.10a) - Patienten (männlich und weiblich), die acht Therapievorschläge erhielten

Tab.10b) - Patient, der neun Therapievorschläge erhielt

Tab.10c) - Patientin, die zehn Therapievorschläge erhielt

Die Tabelle 11 veranschaulicht zusammenfassend Anzahl und Verteilung der Therapievorschläge an unsere Patienten.

	Männer		Frauen		Summe	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Patienten, die ohne spezielle Therapie weiter überwiesen wurden	19	10,0	8	8,5	27	9,5
Patienten mit einem Therapie-vorschlag	44	23,1	14	14,9	58	20,4
Patienten mit zwei Therapie-vorschlägen	53	27,9	22	23,4	75	26,4
Patienten mit drei Therapie-vorschlägen	29	15,3	26	27,6	55	19,4
Patienten mit vier Therapie-vorschlägen	20	10,5	9	9,6	29	10,2
Patienten mit fünf Therapie-vorschlägen	11	5,8	5	5,3	16	5,6
Patienten mit sechs Therapie-vorschlägen	6	3,1	3	3,2	9	3,2
Patienten mit sieben Therapie-vorschlägen	6	3,1	2	2,1	8	2,8
Patienten mit acht Therapie-vorschlägen	1	0,5	4	4,2	5	1,8
Patienten mit neun Therapie-vorschlägen	1	0,5	-	-	1	0,3
Patienten mit zehn Therapie-vorschlägen	-	-	1	1,1	1	0,3
Summe	190	100	94	100	284	100

Tab. 11: Anzahl und Verteilung von Therapievorschlgen an alle Patienten

3.3. Tatsächlich durchgeführte Therapie

Zu Beginn dieses Abschnitts sei kritisch angemerkt, daß die hier aufgeführten Angaben nicht vollständig sein können, sondern das Minimum der tatsächlich durchgeführten Therapien erfassen, obwohl wir letztlich doch auf eine gewisse Repräsentanz der hier erfaßten Ergebnisse hoffen (vgl. Kap. Methodik).

Die hier dargestellten durchgeführten Therapieerfahren beziehen sich zumeist auf Vorschläge von Ärzten der Poliklinik, wie sie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt wurden.

In einigen Fällen wurden aber auch Therapien erfaßt, die von anderen Behandlungszentren aus durchgeführt oder vom Patienten selbst initiiert wurden, jedoch wird bei der Darstellung der einzelnen Therapieverfahren entsprechend differenziert werden.

Im übrigen wurde versucht, alle Therapien, die 1974 durchgeführt wurden, zu erfassen.

3.3.1. Somatische Therapie

3.3.1.1. Durchführung, Dauer und Regelmäßigkeit der somatisch-medikamentösen Behandlung

Unter dem Begriff der somatisch-medikamentösen Behandlung faßten wir die folgenden Therapiemöglichkeiten zusammen:

- stationäre Behandlung des Patienten in einer (psychiatrischen oder nicht-psychiatrischen) Klinik
- gerichtliche Maßnahmen wie Pflegschaft oder Verwahrung
- Behandlung des Patienten in einer Suchtfachklinik
- medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka
(und mit Mitteln zur Förderung der Hirndurchblutung).

Durchführung der Behandlung

Wir stellten fest, daß 215 (75,7% des Kollektivs) Patienten (143m=75,3% aller Männer und 72w=76,6% aller Frauen) im Jahr 1974 somatisch-medikamentös behandelt wurden; unabhängig davon, ob dies von der Poliklinik vorgeschlagen wurde.

Die von der Poliklinik vorgeschlagene Therapie wurde bei 14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (10m=5,3% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) nur teilweise und bei 8 (2,8%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) überhaupt nicht durchgeführt.

Bei 42 (14,8%) Patienten (29m=15,3% und 13w=13,8%) war eine somatische Therapie bzw. ein Krankenhausaufenthalt weder vorgeschlagen noch durchgeführt worden.

Über die Durchführung einer Behandlung liegen für 20 (7,0%) Patienten (14m=7,4% und 6w=6,4%) keine ausreichenden Angaben vor.

Dauer der Behandlung

Bei 139 (48,9% des Kollektivs) Patienten (96m=50,5% aller Männer und 43w=45,7% aller Frauen) betrug die Dauer der ärztlichen Behandlung weniger als 4 Wochen, bei 44 (15,5%)

Patienten (28m=14,7% und 18w=19,1%) lag sie zwischen einem und sechs Monaten und bei 32 (11,3%) Patienten (21m=11,0% und 11w=11,7%) währte sie länger als sechs Monate.

Regelmäßigkeit der Behandlung

Die Regelmäßigkeit der medikamentösen Behandlung unserer Patienten in einem Krankenhaus soll hier nicht geschildert werden; wir beschränken uns darauf, die Verhältnisse in der Poliklinik des MPI bezüglich der tatsächlich verabreichten Psychopharmaka darzustellen.

8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) bekamen regelmäßig alle 8-14 Tage Psychopharmaka verabreicht, 18 (6,3%) Patienten (10m=5,3% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen) regelmäßig etwa einmal monatlich, 7 (2,5%) Patienten (6m=3,1% und 1w=1,1%) etwa einmal im Quartal. Bei 2 (0,7%) Patienten war die Verabreichung seltener.

3.3.1.2. Behandlung mit Psychopharmaka

Die folgenden Zahlen betreffen die Psychopharmaka, die an unsere Patienten - sei es in der Poliklinik des MPI oder im KMS - verabreicht wurden, unabhängig davon, ob diese Medikamente auch von den Ärzten der Poliklinik verordnet wurden oder nicht. Alle Psychopharmaka wurden im Jahr 1974 verabreicht.

3.3.1.2.1. Behandlung mit Clomethiazol

Bei 23 (8,1% des Kollektivs) Patienten (15m=7,9% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen), denen die Behandlung mit Clomethiazol vorgeschlagen worden war, wurde diese weniger als 14 Tage durchgeführt, bei 10 (3,5% des Kollektivs) Patienten (9m=4,7% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) länger.

Bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs) erfolgte diese Behandlung trotz Vorschlags nicht.

Weiterhin fanden wir 55 (19,4% des Kollektivs) Patienten (36m=18,9% aller Männer und 19w=20,2% aller Frauen), bei denen eine Clomethiazol-Behandlung durchgeführt wurde, ohne vorgeschlagen zu sein. Bei 34 (12,0% des Kollektivs) dieser Patienten (24m=12,6% aller Männer und 10w=10,6% aller Frauen) wurde diese Therapie weniger als 14 Tage und bei 21 (7,4% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 9w=9,6% aller Frauen) länger durchgeführt. Im Gegensatz hierzu stehen 178 (62,7% des Kollektivs) Patienten (118m=62,1% aller Männer und 60w=63,8% aller Frauen), bei denen eine Clomethiazol-Behandlung weder vorgeschlagen noch durchgeführt wurde.

Bei 18 (6,3%) Patienten (12m=6,3% und 6w=6,4%) liegen uns nur ungenaue katamnestische Angaben hierzu vor.

3.3.1.2.2. Behandlung mit Disulfiram

Diese Behandlung wurde bei allen Patienten nur von den Ärzten der Poliklinik durchgeführt.

Bei 27 (9,5% des Kollektivs) Patienten (15m=7,9% aller Männer und 12w=12,8% aller Frauen) wurde diese Therapie längere Zeit, mehr als 4 Wochen, durchgeführt. Bei 5 (1,8% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) wurde sie nach kurzem Versuch abgebrochen.

Bei einer Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) wurde diese Therapie zwar vorgeschlagen, jedoch nicht durchgeführt.

252 (88,7% des Kollektivs) Patienten (173m=91,0% aller Männer und 79w=84,0% aller Frauen) wurde Disulfiram weder vorgeschlagen noch gegeben.

3.3.1.2.3. Behandlung mit anderen Psychopharmaka

Die Behandlung mit anderen als den oben genannten Psychopharmaka erfolgte zum größeren Teil im KMS und nur teilweise auf die Therapieempfehlung der Poliklinik hin.

18 (6,3% des Kollektivs) Patienten (15m=7,9% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) erhielten eine länger als 4 Wochen andauernde Behandlung mit Psychopharmaka.

Von ihnen bekamen 8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (7m=3,7% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) einen oder mehrere Tranquilizer verabreicht (Diazepam, Opipramol, Medazepam, Chlordiazepoxid, Oxazepam), wobei Diazepam der am häufigsten gebrauchte Tranquilizer war.

3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) erhielten ein Neuroleptikum (Thioridazin, Haloperidol).

Bei 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% und 1w=1,1%) wurde eine antidepressive Therapie durchgeführt (mit Amitriptylin, Doxepin und Imipramin).

3 (1,0%) Patienten (3m=1,6%) erhielten eine kombinierte Therapie mit Antidepressiva (Maprotilin, Doxepin, Amitriptylin) und Tranquilizern (Opipramol, Chlordiazepoxid).

Ein Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) erhielt länger als einen Monat Lithium.

Bei 58 (20,4% des Kollektivs) weiteren Patienten (37m=19,5% aller Männer und 21w=22,3% aller Frauen) hielt die Psychotherapie meist nur einige Tage oder wenige Wochen an.

Am häufigsten, nämlich bei 17 (6,0% des Kollektivs) Patienten (13m=6,8% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) wurden Tranquilizer verabreicht: Diazepam bei 14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (10m=5,3% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen), Oxazepam bei 2 (0,7%) Patienten (2m=1,0%) und Chlordiazepoxid bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer).

10 (3,5% des Kollektivs) Patienten (7m=3,7% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) erhielten Antidepressiva: 7 (2,5%) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) Doxepin und 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% und 1w=1,1%) Amitriptylin.

Neuroleptika wurden 8 (2,8% des Kollektivs) Patienten gegeben (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen): 6 (3,1%) von ihnen erhielten Haloperidol (5m=2,6% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen), ein Patient (0,3% des Kollektivs) Chlorpromazin und eine Patientin Trifluopromazin. Außerdem wurde an zwei Patienten (0,7% des Kollektivs; 2,1% aller Frauen) ein Hypnotikum verabreicht - Nitrazepam.

21 (7,4% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 9w=9,6% aller Frauen) erhielten eine Psychopharmakotherapie, die aus verschiedenen Medikamenten bestand. 7 (2,5% des Kollektivs) dieser Patienten (4m=2,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) bekamen Tranquilizer und Hypnotika (Diazepam, Oxazepam, Nitrazepam), 4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% aller Männer) verschiedene Tranquilizer (Diazepam, Medazepam, Oxazepam, Opipramol, Chlordiazepoxid), 2 (0,7% des Kollektivs) Patienten (2w=2,1% aller Frauen) Antidepressiva und Hypnotika (Doxepin, Amitriptylin, Nitrazepam). Eine Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) erhielt ein Neuroleptikum und ein Hypnotikum (Haloperidol und Nitrazepam). An weitere 7 (2,5% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) wurden Medikamente aus 3 verschiedenen Psychopharmakagruppen verabreicht: Neuroleptika (Haloperidol, Promethazin, Laevomepromazin), Antidepressiva (Doxepin) und Tranquilizer (Diazepam, Oxazepam, Dikalium-Chloracepat) verabreicht.

Für eine Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) war zwar Opipramol empfohlen worden; dieses Medikament wurde jedoch nicht verabreicht.

191 (67,2% des Kollektivs) Patienten (127m=66,8% aller Männer und 64w=68,1% aller Frauen) erhielten weder in der Poliklinik des MPI noch im KMS eine Psychopharmakotherapie.

3.3.1.3. Krankenhausaufenthalte

Es werden alle Krankenhausaufenthalte unserer Patienten erfaßt, von denen wir durch unsere katamnestischen Studien, die 1980 abgeschlossen wurden, Kenntnis erhielten (vgl. Kap. Methodik). Es muß einschränkend angemerkt werden, daß es sich bei den angegebenen Daten um Minimalzahlen handelt, da wir mittels unserer Methoden nicht von allen Krankenhaus-aufenthalten unserer Patienten Kenntnis erhalten konnten.

115 (40,3% des Kollektivs) Patienten (79m=41,4% aller Männer und 36w=38,3% aller Frauen) waren im katamnestischen Zeitraum einmal in ein nicht-psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert worden, 58 (20,3% des Kollektivs) Patienten (42m=22,0% aller Männer und 16w=17,0% aller Frauen) mehrmals.

14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (10m=5,3% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) hatten einmal ein psychiatrisches Krankenhaus aufgesucht; 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% und 1w=1,1%) hatten dies mehrmals getan.

33 (11,6%) Patienten (17m=8,9% aller Männer und 16w=17,0% aller Frauen) wurden mehrere Male in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Krankenhäusern betreut.

2 (0,7%) Patienten (2m=1,0% aller Männer) war ein Krankenhausaufenthalt zwar empfohlen worden, doch wurde dieser Vorschlag nicht durchgeführt.

60 (21,0% des Kollektivs) Patienten (39m=20,5% aller Männer und 21w=22,3% aller Frauen) waren von 1974-1980 nicht in einem Krankenhaus behandelt worden.

3.3.1.4. Behandlung in einer Suchtfachklinik

Die hier genannten Zahlen betreffen Patienten, die 1974 tatsächlich in einer Suchtfachklinik behandelt wurden. Bei den Patienten, die in einem offenen Heim betreut wurden, handelt es sich fast immer um solche Klienten, die durch die Poliklinik vermittelt worden waren. Als Patienten, die in ein geschlossenes Heim überwiesen wurden, zählten wir alle, die durch einen Verwahrungsbeschluß in die geschlossene Abteilung einer Suchtkrankenstation im BKH eingeliefert wurden.

14 (4,9% des Kollektivs) Patienten (10m=5,3% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) wurden 1974 einmal in einer Suchtfachklinik - und zwar in einem offenen Heim - behandelt, eine Patientin mehrmals.

20 (7,0% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen) wurden in einer geschlossenen Abteilung einmal aufgenommen, 4 (1,4%) Patienten (4m=2,1% aller Männer) mehrmals.

12 (4,2%) Patienten (6m=3,1% und 6w=6,4%) waren mehrfach in offenen und geschlossenen Abteilungen von Suchtfachkliniken behandelt worden.

Eine Therapie in einer Suchtfachklinik war bei 16 (5,6% des Kollektivs) Patienten (9m=4,7% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) zwar eingeleitet, jedoch seitens des Klienten nicht durchgeführt worden.

3.3.1.5. Unterbringung in einem Pflegeheim

4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 2w=2,2% aller Frauen) wurden im katamnestischen Zeitraum in einem Pflegeheim betreut. Bei 3 (1,0%) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) wurde eine entsprechende Versorgung zwar eingeleitet, doch, nach unseren Unterlagen, nicht durchgeführt.

3.3.2. Psychosoziale Therapie

Folgende Verfahren wurden unter den Begriff der psychosozialen Betreuung subsummiert:

- psychosoziale und/oder psychotherapeutische Betreuung des Patienten in der Poliklinik des MPI:
Informationsabende für Alkoholiker, Verhaltenstherapie, Familientherapie, Sexualtherapie, Autogenes Training, Gesprächspsychotherapie, Gruppentherapie, auch die Bitte um Wiedervorstellung in der Poliklinik zur weiteren Behandlung
- Behandlung des Patienten in einer Suchtfachklinik oder in einem psychiatrischen Krankenhaus
(ausgehend von der Tatsache, daß die Patienten dort nicht nur medikamentöse Behandlung, sondern auch psychotherapeutische Betreuung erfahren, erscheint diese Therapieform noch einmal in den unten angegebenen Zahlen)
- Gerichtliche Verfahren (Verwahrung, Pflegschaft)
- Durchführung von Sozialarbeit (seitens des KMS oder MPI)
- Kontaktaufnahme des Patienten mit verschiedenen Selbsthilfeorganisationen (z.B. AA, Blaues Kreuz) und anderen Institutionen (z.B. "Arche").

Auch hier werden wieder alle durchgeführten Therapien im Jahr 1974, soweit sie erfaßbar waren, und unabhängig davon, ob sie von den Ärzten der Poliklinik vorgeschlagen waren, geschildert.

3.3.2.1. Durchführung, Dauer und Regelmäßigkeit der psychosozialen Betreuung

Es wurde versucht, alle der oben angegebenen Verfahren zu erfassen. Die erfolgte Kontaktaufnahme des Patienten mit Selbsthilfeorganisationen kann in das Zahlenmaterial dieses Abschnitts jedoch nicht eingehen, da unsere diesbezüglichen Daten wahrscheinlich unvollständig sind (vgl. Methodik).

Durchführung der Betreuung

79 (27,7% des Kollektivs) Patienten (49m=25,6% aller Männer und 30w=31,9% aller Frauen) wurden regelmäßig psychotherapeutisch bzw. psychosozial betreut.

Bei 69 (24,2% des Kollektivs) Patienten (45m=23,6% aller Männer und 24w=25,5% aller Frauen) wurde die von der Poliklinik vorgeschlagene Behandlung teilweise und bei 75 (26,3% des Kollektivs) Patienten (53m=27,7% aller Männer und 22w=23,4% aller Frauen) überhaupt nicht durchgeführt.

56 (19,6% des Kollektivs) Patienten (41m=21,5% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) war keine derartige Behandlung vorgeschlagen worden.

Über 6 (2,1% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) liegen keine katamnestischen Angaben vor.

Gesamtdauer der Betreuung

Bei 57 (20,1% des Kollektivs) Patienten (40m=21,0% aller Männer und 17w=18,1% aller Frauen) währte die Gesamtdauer der Betreuung weniger als 4 Wochen, bei 33 (11,6%) Patienten (19m=10,0% aller Männer und 14w=14,9% aller Frauen) zwischen einem und 6 Monaten. 53 (18,7% des Kollektivs) Patienten (33m=17,4% aller Männer und 20w=21,3% aller Frauen) wurden länger als 6 Monate betreut.

79 (27,8%) Patienten (54m=28,4% aller Männer und 25w=26,6% aller Frauen) wurde zwar eine psychosoziale Behandlung vorgeschlagen, doch nahmen die Klienten diese Gelegenheit nicht wahr.

54 (19,0% des Kollektivs) Patienten (39m=20,5% aller Männer und 15w=15,9% aller Frauen) erhielten keinen entsprechenden Therapieverschlagn.

Für 9 (3,2%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) fehlen hier relevante Daten.

Regelmäßigkeit der psychosozialen Betreuung während ihrer Dauer

32 (11,3% des Kollektivs) Patienten (18m=9,5% aller Männer und 14w=14,9% aller Frauen) wurden regelmäßig alle 8-14 Tage betreut, 24 (8,4%) Patienten (18m=9,5% und 8w=8,5%) regelmäßig etwa einmal monatlich und 7 (2,5%) Patienten (5m=2,6% und 2w=2,1%) etwa einmal im Quartal. Bei 6 (2,1%) Patienten (3m=1,6% und 3w=3,2%) war die psychosoziale Betreuung seltener. 50 (17,6%) Patienten (36m=18,9% aller Männer und 14w=14,9% aller Frauen) erfuhren eine unregelmäßige Betreuung. Bei 143 (50,3% des Kollektivs) Patienten (98m=51,6% aller Männer und 45w=47,9% aller Frauen) war diese Behandlungsform entweder nicht vorgeschlagen worden oder die Patienten hatten sich dieser Behandlung nicht unterzogen. Über 21 (7,4%) Patienten (13m=6,8% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen) liegen keine genaueren Angaben vor.

Durchführung verschiedener psychosozialer und psychotherapeutischer Maßnahmen

Auch hier wurde versucht, die psychotherapeutischen und psychosozialen Verfahren, die im Jahr 1974 durchgeführt oder begonnen wurden, zu erfassen. Diese Formen der Psychotherapie wurden fast immer nur dann durchgeführt, wenn sie auch seitens der Poliklinik empfohlen worden waren.

Ein erster Überblick gilt den in der Poliklinik durchgeführten psychotherapeutischen Maßnahmen.

3.3.2.2.1. Wiedervorstellung des Patienten

Diese Bitte um Wiedervorstellung des Patienten war teilweise an die mitbehandelnden Ärzte gerichtet, jedoch auch sehr häufig an den Patienten selbst, um so nähere Kontaktaufnahme und die Therapieplanung zu ermöglichen.

87 (30,6% des Kollektivs) Patienten (50m=26,2% aller Männer und 37w=39,4% aller Frauen) stellten sich ein zweites Mal in der Poliklinik vor, wobei ihnen neue Therapievorschläge gemacht wurden.

7 (2,5% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen), die mit der Poliklinik wiederum Kontakt aufnahmen, wurden keine neuerlichen Therapievorschläge gemacht.

40 (14,1% des Kollektivs) Patienten (27m=14,1% aller Männer und 13w=13,8% aller Frauen), die darum ersucht worden waren, nahmen die Gelegenheit zu einer Wiedervorstellung nicht wahr, während 19 (6,7% des Kollektivs) Patienten (14m=7,3% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen), die nicht darum gebeten worden waren, wieder in der Poliklinik vorstellig wurden.

Bei 132 (46,5% des Kollektivs) Patienten (98m=51,3% aller Männer und 34w=36,2% aller Frauen) wurde eine Wiedervorstellung weder vorgeschlagen noch durchgeführt.

3.3.2.2.2. Besuch der Informationsabende

20 (7,0% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen) besuchten den vollständigen Zyklus der Informationsabende, der immerhin aus sechs Sitzungen besteht. 57 (20,0% des Kollektivs) Patienten (40m=20,9% aller Männer und 17w=18,1% aller Frauen) nahmen an weniger als sechs Abenden teil.

80 (28,1% Patienten (50m=26,2% und 30w=31,9%) wurde zwar der Besuch der Informationsabende nahegelegt, doch waren sie an einer Teilnahme nicht interessiert.

128 (44,9% des Kollektivs) Patienten (89m=46,6% aller Männer und 39w=41,5% aller Frauen) wurden nicht eingeladen.

3.3.2.2.3. Gruppentherapie

Bei 11 (3,8% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) wurde eine Gruppentherapie innerhalb der Poliklinik durchgeführt. Es handelte sich hierbei entweder um eine Nachsorgegruppe für ehemals alkoholabhängige Patienten, oder um eine psychoanalytisch orientierte Form der Gruppentherapie oder um eine Familientherapie, an der mehrere Ehepaare teilnahmen.

Ein Patient brach eine Gruppentherapie vorzeitig ab, er trat aus der familientherapeutisch orientierten Gruppentherapie nach weniger als vier Wochen aus (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer).

3.3.2.2.4. Gesprächspsychotherapie

Bei 42 (14,7% des Kollektivs) Patienten (28m=14,6% aller Männer und 16w=17,0% aller Frauen) wurde eine längerdauernde Gesprächspsychotherapie in der Poliklinik durchgeführt.

Bei 6 (2,1%) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) wurde diese Therapie, obwohl vorgeschlagen, nicht durchgeführt; bei 7 (2,4% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) wurde sie nach einem kurzen, weniger als vier Wochen anhaltendem Versuch, abgebrochen.

3.3.2.2.5. Familientherapie

7 (2,4% des Kollektivs) Patienten (4m=2,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) wurden längere Zeit in einer Familientherapie betreut. Diese Form der Behandlung wurde bei 4 Patienten nach einem weniger als vier Wochen andauernden Versuch abgebrochen (1,4% des Kollektivs).

5 (1,7% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) war eine Familientherapie angeboten worden, doch sie nahmen diese Möglichkeit nicht wahr.

3.3.2.2.6. Sexualtherapie

Bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) wurde eine Sexualtherapie durchgeführt.

3.3.2.2.7. Verhaltenstherapie

In der Poliklinik wurde 1974 eine Verhaltenstherapie in Form einer "Selbstkontrollgruppe" angeboten (20). An ihr nahmen 15 (5,3% des Kollektivs) Patienten (10m=5,2% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) längere Zeit teil, während 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5% und 2w=2,1%) diese Therapie nach weniger als 4 Wochen abbrachen.

18 (6,3% des Kollektivs) Patienten (11m=5,7% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) wurden zwar eingeladen, nahmen dieses Angebot jedoch nicht wahr.

Bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) wurde eine länger dauernde Verhaltenseinzeltherapie durchgeführt, zwei weiteren Patienten wurde dies nur vorgeschlagen, jedoch nicht durchgeführt (0,7% des Kollektivs; 1,0% aller Männer).

3.3.2.2.8. Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen außerhalb der Poliklinik

3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) nahmen an einer Gruppenpsychotherapie außerhalb der Poliklinik teil, wobei meist niedergelassene Psychiater aufgesucht wurden.

Weitere 6 (2,1% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) erhielten eine pragmatische oder analytische Einzeltherapie außerhalb der Poliklinik, wobei mindestens 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5% und 2w=2,1%) in einer Psychoanalyse behandelt wurden. Bei einer Patientin wurde diese Therapie zwar vorgeschlagen, jedoch nicht durchgeführt (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen).

Bei 2 Patientinnen (0,7% des Kollektivs; 2,1% aller Frauen) wurde eine Verhaltenstherapie - sei es Einzel- oder Gruppentherapie - außerhalb der Poliklinik durchgeführt, einem weiteren Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) diese Behandlungsform nur vorgeschlagen.

3.3.2.2.9. Durchführung von Sozialarbeit

Die Sozialarbeiterin des KMS oder MPI vermittelte bei 5 (1,7% des Kollektivs) Patienten (1m=0,5% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) bei familiären Problemen und bei 9 (3,1%) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) wegen beruflicher Schwierigkeiten.

3 (1,0%) Patienten (3m=1,6% aller Männer) wurde eine Wohnmöglichkeit besorgt, einer Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen) wurde über finanzielle Schwierigkeiten hinweg geholfen und 16 (5,6% des Kollektivs) Patienten (8m=4,2% aller Männer und 8w=8,5% aller Frauen) wurde eine Alkoholentziehungskur vermittelt.

Die Sozialarbeiterin engagierte sich bei einem Patienten (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) wegen anderer Probleme.

3.3.2.2.10. Kontaktaufnahme des Patienten mit Selbsthilfeorganisationen und anderen sozialen Einrichtungen

Besuch der Anonymen Alkoholiker

12 (4,2% des Kollektivs) Patienten (5m=2,6% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) berichteten, die Sitzungen der AA regelmäßig, etwa einmal pro Monat über Monate hinweg, zu besuchen. 4 (1,4%) Patienten (4m=2,1% aller Männer) suchten die AA zwar monatelang, jedoch unregelmäßig auf, Ein Patient (m) hatte die Kontakte zu den AA nach weniger als 3 Besuchen abgebrochen (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer).

Weitere 4 (1,4%) Patienten (2m=1,0% und 2w=2,1%) gaben an, die AA zu besuchen, doch ist über Häufigkeit und Dauer des Kontakts nichts bekannt.

Besuch konfessioneller Organisationen

Unsere Patienten besuchten vornehmlich zwei konfessionell gebundene Organisationen: das "Blaue Kreuz", eine Selbsthilfeorganisation für Alkoholranke, die von der evangelischen Kirche gefördert wird, und, weniger Patienten, die katholische Jugendfürsorge.

1 Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer) besuchte eine evangelische Organisation regelmäßig über Monate hinweg, einer (m) unregelmäßig über Monate hinweg. Weitere 5 (1,7% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 3w=3,2% aller Frauen) nahmen mit dem Blauen Kreuz Kontakt auf, doch ist über Häufigkeit und Dauer der Besuche nichts bekannt.

7 (2,4% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) besuchten katholische Einrichtungen: regelmäßige Besuche über Monate hinweg sind bei einem Patienten (m) zu verzeichnen, unregelmäßige Besuche bei 2 Patienten (m). 4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 1w=1,1% aller Frauen) nahmen zu einem unbekannten Zeitpunkt Kontakt zu katholischen Organisationen auf.

Kontaktaufnahme zu anderen Institutionen

Das Gesundheitsamt suchten 7 (2,4% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen) auf, eine Patientin davon regelmäßig, 2 (0,5% des Kollektivs) Patienten (m=0,5% aller Männer und w=1,1% aller Frauen) unregelmäßig über Monate hinweg. Bei 4 (1,4% des Kollektivs) Patienten (2m=1,0% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen) erfolgte eine Kontaktaufnahme, wobei jedoch über die Dauer und Häufigkeits nichts bekannt ist.

Die "Arche", eine sozialpsychiatrische Einrichtung, wurde von 2 (0,5% des Kollektivs) Patientinnen (2,1% aller Frauen) regelmäßig, von einem Patienten (m) unregelmäßig über Monate hinweg besucht. Bei einer weiteren Patientin ist die Häufigkeit und Dauer des Kontaktes nicht bekannt. Weitere sozialpsychiatrische Einrichtungen wurden von 3 (1,0% des Kollektivs) Patienten (m=1,6% aller Männer) in losem Abstand aufgesucht.

3.3.2.2.11. Kombinierte Therapieversuche

Es soll zu beschreiben versucht werden, wieviele und welche Therapieverfahren unsere Patienten im einzelnen erhielten. Wieder, wie im vorausgegangenen Abschnitt, wurde alle Therapieversuche ausgewählt, die 1974 und unabhängig von den Empfehlungen der Poliklinik, durchgeführt wurden, und die mit den uns zur Verfügung stehenden Methoden erfaßbar waren (vgl. Kap. Methodik).

Patienten ohne Therapie

17 (6,0% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) waren, unseren Beobachtungen nach, 1974 ohne jegliche Therapie geblieben.

Patienten, die in anderen Krankenhäusern behandelt wurden

44 (16,2% des Kollektivs) Patienten (33m=18,4% aller Männer und 11w=11,7% aller Frauen) wurden zwar nicht seitens der Poliklinik psychiatrisch weiterbetreut, erhielten jedoch in einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus weitere ärztliche Behandlung. Diese Therapie erstreckte sich jedoch weder auf Psychopharmakotherapie noch auf spezielle psychotherapeutische Maßnahmen. 28 (9,8% des Kollektivs) dieser Patienten (22m=11,6% aller Männer und 6w=6,4% aller Frauen) wurden 1974 einmal in einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus behandelt, 16 (5,6% des Kollektivs) Patienten (11m=5,8% aller Männer und 5w=5,3% aller Frauen) des Öfteren.

Patienten, die eine Therapie erhielten

Bei 94 (33,1% des Kollektivs) Patienten (60m=31,6% aller Männer und 34w=36,2% aller Frauen) wurde eine psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie durchgeführt.

Die am häufigsten erfaßte psychiatrische Therapie bestand in der Verabreichung von Clomethiazol, das 26 (27,6% der Patienten, die eine Therapie erhielten) Patienten (16m=26,7% aller Männer mit einer Therapie und 10w=29,4% aller Frauen mit einer Therapie) gegeben wurde. 17 (18,1%) Patienten (12m=20,0% aller Männer mit einer Therapie und 5w=14,7% aller Frauen mit einer Therapie) erhielten dieses Mittel weniger, 9 (9,6%) Patienten (4m=6,7% und 5w=14,7%) länger als 14 Tage. Alle diese Patienten waren 1974 ein oder mehrere Male in einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus gewesen.

Weitere 18 (19,1%) Patienten (14m=23,3% und 4w=11,8%) wurden mit einem anderen Psychopharmakon behandelt. Bei 15 (15,9%) Patienten (11m=18,3% und 4w=11,8%) währte diese Therapie nur wenige Tage oder Wochen, bei 3 (3,2%) Patienten (3m=5,0% aller Männer mit einer einzigen Therapie) dauerte sie länger als 4 Wochen. Alle diese Patienten wurden in einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus ein oder mehrere Male behandelt, eine Patientin zusätzlich in einem psychiatrischen Krankenhaus.

Der Besuch der Informationsabende für Alkoholiker war für 17 (18,1% aller Patienten mit einer einzigen Therapie) Patienten (14m=23,3% und 3w=8,8%) die einzig erhaltene spezielle Therapie, wobei ein Patient (m) den vollständigen Zyklus besuchte. 10 dieser Patienten (8m und 2w) waren außerdem im Krankenhaus gelegen.

An vierter Stelle steht der Kontakt des Patienten mit Selbsthilfeorganisationen oder psychosozialen Einrichtungen. 9 (9,6%) Patienten (3m=5,0% und 5w=14,7%) knüpften entsprechende Kontakte, wobei 3 Patienten (m und 2w) hierzu die AA wählten. 7 dieser Patienten (3m, 4w) wurden außerdem ein oder mehrere Male im Krankenhaus behandelt, eine Patientin hatte außerdem ein psychiatrisches Krankenhaus aufgesucht. Bei 9 (9,6% aller Patienten, die eine einzige Therapie erhielten) Patienten (5m=8,3% aller Männer mit einer einzigen Therapie und 4w=11,8% aller Frauen mit einer einzigen Therapie) bestand die einzige Therapiemaßnahme in einer Verwahrung, wobei 2 Patienten (m) mehr als einmal verwahrt wurden.

6 (6,4%) Patienten (3m=5,0% und 3w=8,8%) wurden mit einem psychotherapeutischen Verfahren - Gesprächstherapie, Psychoanalyse, Familientherapie oder pragmatischer Psychotherapie - behandelt. Einer dieser Patienten wurde außerhalb der Poliklinik betreut, 2 Patienten (m, w) brachen die Therapie nach weniger als 4 Wochen ab.

Die Sozialarbeiterin nahm sich weiterer 5 (5,3%) Patienten (3m=5,0% und 2w=5,9%) an, wobei sie wegen beruflicher Schwierigkeiten des Patienten oder wegen eines Kuraufenthaltes vermittelte.

4 (4,2%) Patienten (1m=1,7% und 3w=8,8%) wurden ein oder mehrere Male in einer Suchtfachklinik betreut.

Patienten, die zwei Therapien erhielten

55 (20,1% des Kollektivs) Patienten (41m=21,6% aller Männer und 16w=17,0% aller Frauen) wurden mit zwei therapeutischen Verfahren behandelt. Einen Überblick über die angewendeten Therapien geben die Tab. 12a) und 12b).

Pat.1-10

Therapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6
Clomethiazol> 14 Tage																x
Clomethiazol< 14 Tage		x	x						x			x	x			x
Psychopharm., 4 Wochen		x	x					x	x			x				x
Psychopharm., 4 Wochen																
Disulfiram																
Pragm. Psychoth. Verhaltensth.							A				x					
Gruppentherap.												x				
Familienthera.											A					
Gesprächsther.	x														A	
Informationsab.	x						x								x	x
Suchtfachklin.					x			x				x				
Heimaufenth.																
Verwahrung						x										
Pflegschaft																
Sozialarbeit					x			x								
AA																
andere Selbsth.g.						x			x					x		

Krankenhausauf- enthalte:

1x n-psych.KH	x		x						x			x	x	x		x
1x p.KH					x											
mehrere Male nicht-psychKH			x					x		x						x
mehrere Male psych. KH												x				
p+n-p.KH																

Tab. 12a) - weibliche Patienten, bei denen zwei Therapien durchgeführt wurden

Erklärung: x= Behandlung längere Zeit durchgeführt
A= Abbruch der Behandlung nach weniger als 4 Wochen

[illegible]

Tab. 12b) - männliche Patienten, die zwei Therapien erhielten

Erklärung: x=Behandlung längere Zeit durchgeführt
A=Abbruch der Behandlung nach weniger als
4 Wochen

Patienten, die drei Therapien erhielten

32 (11,3% des Kollektivs) Patienten (20m=10,5% aller Männer und 12w=12,8% aller Frauen) wurden mit drei verschiedenen Therapieverfahren behandelt, vgl. Tab. 13.

	männl. Pat.										weibliche Pat.																					
	Pat.1-10										Pat.11-20										Pat.1-10											
Therapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
Clomethiazol- 14 Tage		x	x	x			x			x	x													x	x		x					
Clomethiazol- 14 Tage						x				x	x	x	x	x	x	x			x				x	x								
Psychoph. 4 Wochen		x	x	xx	x			x		x	x				x								x	x	x	x		x				
Psychopharm. 4 Wochen																																x
Disulfiram												x																				x
Pragna.anal.Ther.												x												x			x	x	A	x		
Verhaltensther.							x	x																x								
Gruppentherap.																													A		x	
Familientherap.																																
Gesprächstherap.																																
Informationsabdl.																																x
Suchtfachklinik		xx	x				x	x	x		x	x	x														x	x	x	x		x
Heimaufenth.																																
Verwahrung																																
Pflegschaft																																
Sozialarbeit																																
AA																																
andere Selbstthi.gr.																																
Krankenhausauf- enthalte:																																
1x n-psych.KH		x	x	x						x																						
1x psych.KH																																
mehrere Male																																
nicht-p.KH																																
mehrere Male																																
psych.KH																																
p+n-p.KH																																

Tab. 13: Patienten (männl. und weibl.), die mit 3 Therapien behandelt wurden.

Erklärung: x=Behandlung längere Zeit durchgeführt

A=Abbruch der Behandlung nach weniger als 4 Wochen

Patienten, die vier Therapien erhielten

In unserem Kollektiv befanden sich weiterhin 19 (6,7% des Kollektivs) Patienten (12m=6,3% aller Männer und 7w=7,4% aller Frauen) die 4 Therapien erhielten (vgl. Tab. 14).

Patienten, die fünf Therapien erhielten

Ferner fanden wir 8 (2,8% des Kollektivs) Patienten (6m=3,1% aller Männer und 2w=2,1% aller Frauen), die mit 5 verschiedenen Therapieformen behandelt wurden (vgl. Tab. 15).

	männl.Pat.											weibl.Pat.																	
Therapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	1	2	
Clomethiazol> 14 Tage				x	x						x	x																	
Clomethiazol< 14 Tage	x		x					x																				x	
Psychopharm.< 4 Wochen									x			x						x										x	
Psychopharm.> 4 Wochen						x	x								x	x						x	x	x	x			x	
Disulfiram						A	A	x			x	x							x				x				x	x	
pragm.anal.Th.																													x
Verhalt.Ther.	x							x											x										
Gruppenthera.											x					x													
Familiether.											x	x	x						A										
Gesprächsth.							x	x	x	x	x	x																	
Informat.Abd.											x	x	x																
Suchtfachkl.	x	x	x				x		x	x	x	x																	
Heimaufenth.																													
Verwahrung																													
Pflegschaft																													
Sozialarbeit			x	x							x	x																	
AA																													
andere Selb.gr	x				x	x																							
Krankenhaus- aufenthalte:																													
1xn-psych.KH				x	x			x		x	x																		
ix psych. KH												x																	
mehrere Male																													
nicht-psych.KH																													
mehrere Male																													
psych.KH																													
p+n.p.KH																													

Tab.14

Tab.15

Tab.14: Patienten (männlich und weiblich, die 4 Therapien erhielten

Tab.15: Patienten (männlich und weiblich), die 5 Therapien erhielten

Erklärung: x= Behandlung längere Zeit durchgeführt

A= Abbruch der Behandlung nach weniger als 4 Wochen

Patienten, die mehr als fünf Therapien erhalten hatten

In unserem Kollektiv befanden sich weiterhin 7 (2,5% des Kollektivs) Patienten (3m=1,6% aller Männer und 4w=4,2% aller Frauen), die 6 Therapien (vgl. Tab.16a), 1 Patient (0,3% des Kollektivs; 0,5% aller Männer), der 7 Therapien (vgl.Tab.16b), 2 Patientinnen (0,7% des Kollektivs; 2,1% aller Frauen), die 8 Therapien (vgl. Tab. 16c) und eine Patientin (0,3% des Kollektivs; 1,1% aller Frauen), die 11 Therapien (vgl. Tab. 16d) erhalten hatten.

	männl.Pat. weibl.Pat.											
Therapie	1	2	3	1	2	3	4	1	1	2	1	
Clomethiazol> 14 Tage				x								
Clomethiazol< 14 Tage	x						x			x	x	
Psychopharm.< 4 Wochen				x			x					
Psychopharm.> 4 Wochen	x							x				
Disulfiram pragm.anal.Th.	x	x	A		x			x		x	x	
Verhaltensther.		x									x	
Gruppenther.	x	x	x		x	x				x		
Familienther.			A			x	x	x		x	x	
Gesprächsth.	x	x	x	x	x	x		x		x	x	
Informat.Abnd.		x	x		x	x	x	x		x	x	
Suchtfachklinik			x	x	x	x	x			x	x	
Heimaufenth.										x		
Verwahrung												
Pflegschaft												
Sozialarb.				x	2xx			x		x	2x	
AA	x	x			x			x		x	x	
Andere Selb.H.Gr.			x							x	2x	
Krankenhaus- aufenthalte:												
1x n-psych.KH			x			x						
1x psych.KH												
mehrere Male												
nicht-psych.KH												
mehrere Male												
psych.KH								x				
p+n.p.KH				x	x	x				x	x	

Tab. 16a)

Tab.16b) Tab.16c)

Tab.16d)

Tab. 16a)

Tab.16b)Tab.16c) | Tab.16d)

Tab.16a), b), c), d): vgl. bitte den Text

Erklärung: x=Behandlung längere Zeit durchgeführt

A=Abbruch der Behandlung

Tabelle 17 zeigt abschließend die Anzahl der Therapien, die bei jedem Patienten durchgeführt wurden.

	MÄNNL.PAT.		WEIBL.PAT.		SUMME	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ohne Therapie blieben:	12	6,3	5	5,3	17	6,0
ohne spezielle Therapie, doch Überweisung in KH:	35	18,4	11	11,7	46	16,2
eine Therapie erhielten	60	31,6	34	36,2	94	33,1
zwei Therapien erhielten:	41	21,6	16	17,0	57	20,1
drei Therapien erhielten	20	10,5	12	12,8	32	11,3
vier Therapien erhielten	12	6,3	7	7,4	19	6,7
fünf Therapien erhielten	6	3,1	2	2,1	8	2,8
sechs Therapien erhielten	3	1,6	4	4,2	7	2,5
sieben Therapien erhielten	1	0,5	-	-	1	0,3
acht Therapien erhielten	-	-	2	2,1	2	0,7
elf Therapien erhielten	-	-	1	1,1	1	0,3
Summe	190	100	94	100	284	100

Tab. 17: Anzahl und Verteilung der Therapien, durchgeführt an jedem Patienten

3.4. Versuch einer Bestimmung des Therapieerfolgs - zusammenfassende Falldarstellungen

Von 154 (54,0% des Kollektivs) Patienten (103m=53,9% aller Männer und 51w=54,2% aller Frauen) waren verwertbare katamnestiche Angaben zu erhalten. Der Zeitpunkt des zuletzt erfaßten Datums liegt zwischen einigen Wochen und mehreren Jahren nach dem Untersuchungstermin in der Poliklinik.

Die Tab. 18 gibt einen ersten Überblick über den Erfolg der Therapie.

	Männer		Frauen		Summe	
	abs.	in%+	abs.	in%+	abs.	in%+
Pat. verstarb im katamnestiche Zeitraum	10	9,7	4	7,8	14	9,1
völlige Abstinenz	16	15,5	12	23,5	28	18,2
mäßiger Alkoholkonsum (mengenmäßig, bzw. über längere Zeit episodisch)	21	20,4	7	13,7	28	18,2
episodische Rückfälle bei sonst mäßigem Alkoholkonsum	15	14,6	9	17,6	24	15,6
Rückfall in frühere Trinkgewohnheiten	41	39,8	19	37,2	60	39,0
Summe	103	100	51	100	154	100

+: die Prozentzahlen sind als Prozente aller katamnestiche erfaßten Patienten aufzufassen

Tab. 18: Übersicht über den Therapieerfolg

3.4.1. Tod des Patienten

14 Patienten verstarben im katamnestischen Zeitraum.

Bei den männlichen Patienten fanden sich - laut Krankengeschichte oder Obduktionsbericht - folgende Todesursachen:

- Pat. 1: Tuberkulose (starb im August 1974 mit 39 Jahren)
- Pat. 2: Herz-Kreislaufversagen (starb im März 1975 mit 69 Jahren)
- Pat. 3: Ösophagusvarizenblutung bei Leberzirrhose (Pat. starb Mitte 1974 mit 62 Jahren)
- Pat. 4: Coma diabeticum (Pat. starb November 1975 mit 56 Jahren)
- Pat. 5: Ösophagusvarizenblutung bei Leberzirrhose (Pat. starb Mitte 1974 mit 34 Jahren)
- Pat. 6: Lebercoma (Pat. starb im November 1977 mit 40 Jahren; er war ein 3/4 Jahr vor seinem Tod für 4 Monate abstinenter gewesen)
- Pat. 7: Leberzirrhose (Pat. starb Mitte 1974 mit 51 Jahren)
- Pat. 8: Lungen-Linksherzversagen bei V.a. M.Korsakow und V.a. Leberzirrhose (Pat. starb im Januar 1979 mit 84 Jahren)
- Pat. 9: Herz-Kreislaufversagen bei Leberzirrhose (Pat. starb im Mai 1975 mit 50 Jahren)
- Pat. 10: Herzinfarkt (Pat. starb im Januar 1974 mit 42 Jahren)

Bei den weiblichen Patienten mußten folgende Todesursachen festgestellt werden:

- Pat. 1: Ertrinken in der Badewanne, Verd. auf Herzembolie (Pat. starb im Januar 1975 mit 42 Jahren)
- Pat. 2: Leber-Nierenversagen bei Leberzirrhose mit portaler Hypertension (Pat. starb Mitte 1974 mit 54 Jahren)
- Pat. 3: Herz-Kreislaufversagen bei cerebraler Massenblutung weitere Diagnosen: Kachexie, Leberzirrhose, beg. Delir (Pat. starb im März 1978 mit 48 Jahren)
- Pat. 4: Suizid (Pat. starb im September 1974 mit 36 Jahren)

In den Tabellen 19a) und 19b) werden weitere Einzelheiten aus dem Leben dieser Patienten notiert.

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Abusus	Trinken pausen	Delir	Typus nach JELLINE	alkoholbed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagn.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SW	Besond. in Kn. od. Jugd.	Famil. stand	Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
1	39	21-30J	nein	nein	delta	Zirrhose, A-Hepat. Gastritis, Pankreatitis, Poly- neuropath.	Tuber- kulose	Z.n.B II	Ø	Ø	schwere org. Er. Flucht im Krieg	gesch. wieder verh.	intakt	Familie	Vit. B, Info- Abende	Psycho- pharm. < 4 Woch.
2	69	?	?	nein	?	nein	Arterio- sklerose, Emphysem, Exanthen, Harnwegs- infekt	Hypertonus, Z.n. Herz- infarkt	OPS, Schmerz- mittel- mißbrauch	Ø	?	verh.	intakt	Ehe- partner	Med. z. d. der H. durch- blutung. < 4 Woch.	Clome- 14 Tage, Psycho- pflege- heim
3	62	?	?	nein	gamma	Coma he- paticum, nie Zirrhose, Fettaber	Pneumo- nie	Ø	V.a. Kor- sakow, OPS	Ø	?	verh.	intakt	Ehe- partner	Psycho- pharmaka, < 14 T.	Psycho- < 4 Wo.
4	56	?	nein	nein	gamma	Fettle- ber, Poly-CHK, Herz- neurop.	Diab. mell. insuffi. Cholang.	Hypertonus	depressi. Neurose	Ø	früher Verl. eines Elernit.	led.	-	fester Partner	Psycho- pharm. < 14 T.	Clometh. Psycho- ph., 4 Wo.
5	34	16-20J	nein	nein	delta	Zirrhose, Chole- Gastritis, lithia. Polyneuro- pathie	Chole- lithia. gastrici	Ulcus	Ø	Ø	schwere org. Er. broken-home	org. led.	-	allein lbd., etwas Kontakt	Vit. B, W, Info-Ab, arbeit	Sozial-

Tab. 19a) - männliche Patienten, die im katamnestischen Zeitraum starben (Fortsetzung umseitig)

Nr.	Alter	Delir.	Alkohol- abus	Trink- pausen	typis.	weitere bed. som. somat. Erkrank.	Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kn. Jugd.	Familiequa- stand lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
6	40	21-30J.	nein	einmal	delta	Zirrhose, A-Hepatitis.	nein	Ø	Ø	Ø	Verlust des Va- ters	intakt	Familie	Informations- abdn.	Clometh. > 14 T. Psychoph. < 4 Wo.
7	51	16-20J.	nein	frgl.	gamma	Leber- zirrh. mit Z.n. Coma, Gastrit., Polyneur.	Ø	Z.n. B II	OPS, Verwahr- lost	Ø	?	gesch.	Heim	WV	Clomet. > 14 T.
8	84	?	?	nein	gamma	Zirrhose, Polyneu- ropathie	Herz- insuffi.	Ø	OPS, Verwahr.	Ø	?	verh.	problem.	Ehepart- andere Med., Pflege- heim	Clomet. > 14 T. psych. KH
9	50	16-20J.	nein	nein	gamma	Zirrhose, Gastrit., A-Hepati- tis	Arterio- skler., chron. Bronchi.	Z.n. BII, Z.n. Herz- infarkt, Hypertonie	Anfalls- leiden	Ø	?	led.	fest	Partner	Inform.-"Psycho- pharm. < 4 Wo.
10	42	?	?	nein	gamma	Hepato- path., Polyneur.	Ø	Z.n. Herz- infarkt, Adipositas	V.a. Schi- zophrenie, hypochond. Neurose	Ø	Ø	led.	allein	Clome- tizol., etwas Inform. Kontakt	Clome- tizol., th. < 14 T. Psychoph. < 4 Wo.

Tab. 19a) - Fortsetzung - männliche Patienten, die im katamnestischen Zeitraum starben

Pat. Nr.	Alter	Beginn Trinken des pausen	Delir JELIN, Erkrank.	Alkohol- weitere bed. som. isomat. Diagn.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV in Kh. mod. Jügl.	Besond. Fam. stand lität	Ehequa- lität	sozial. Kontakte	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
42	42	?	nein	alpha/ gamma	A-Hepati- tis chron. Adnexit., Z.n.Nasen- beinfrak.	Ø	depr. Neu- rose, Ver- wahrlosng	mehr. schw. SWV org, Erk- broken- home, psych. Auffäll. Vater SM und Sucht	----	Eltern	Clometh. W	Clometh. <14 T.
44	44	34-40J.	nein	gamma	Leber- zirrrose Amfrakt.	Ø	Polytoxi- komanie, OPS, Ver- wahrlosng	Ø ?	gesch. wie- der verh.	allein geschie- lbd., den etwas Kontakt	pflög- schaft	Clometh. >14 T.
48	48	41-50J.	nein	gamma	Schwere Nieren- Polyneu- ropathie re	Hypertonis Adipositas	Ø	schwere org. Er., psych. Auffäll., broken- home	Ø	Ehe- partner intakt	Info- abende	Info- abende, Clometh. >14 T.
46	46	21-30J.	ein- mal 6-12 Mon.	gamma	ZIEVE- Syndrom Z.n.Fehl- geburt, Endome- triose, Gallen- gangsys- kinesie	Adipositas	depress. Neurose, SWV Drogen- mißbrauch	Geburts- kompl., Frühre- verh., rotizism., SM und Alkohol. i.d.Fami- lie	Ø	problem- Ehepart- ners matisch	Disulfi- ram, Psy- firam, Ehepart- ceph., Psycho- Gesprächs- ph., Gesprächs- W, Sucht- therapie, fachkli. Analyse, AA	Disulfi- ram, Psy- firam, Ehepart- ceph., Psycho- Gesprächs- ph., Gesprächs- W, Sucht- therapie, fachkli. Analyse, AA

Tab. 19b) - weibliche Patienten, die im katamnestischen Zeitraum starben

3.4.2. Patienten, die abstinent leben

a) männliche Patienten

(es wurde jeweils das letzte katamnestisch erfaßbare Datum erfaßt)

- Pat. 1: bekommt antikonvulsive Medikation, lebt deshalb abstinent, was er glaubhaft versichert
- Pat. 2: Anfang 1975: Pat. lebt abstinent
- Pat. 3: ist ein 3/4 Jahr nach Beginn der Therapie noch abstinent
- Pat. 4: Januar 1975: Pat. lebt abstinent
- Pat. 5: Ende 1974: Pat. lebt abstinent
- Pat. 6: September 1976: Pat. hat bis dahin zwei Jahre ohne Alkoholgenuß gelebt
- Pat. 7: war zumindest bis zum Ende des einmonatigen stationären Aufenthalts im KMS abstinent
- Pat. 8: wurde Februar 1975 aus Suchtfachklinik entlassen und blieb zumindest bis zu diesem Zeitpunkt abstinent
- Pat. 9: wurde zwei Monate im MPI behandelt und blieb wenigstens so lange abstinent
- Pat. 10: war während des 5wöchigen stationären Aufenthalts im KMS abstinent
- Pat. 11: Juni 1974: der Patient lebt abstinent
- Pat. 12: Juni 1974: der Patient lebt abstinent
- Pat. 13: wurde im September 1978 erneut im MPI untersucht; hierbei wurde ihm Abstinenz bescheinigt
- Pat. 14: Juli 1974: der Patient lebt abstinent
- Pat. 15: Behandlung mit Autogenem Training zwar ohne Erfolg; jedoch nach Behandlung in Suchtfachklinik zumindest bis Oktober 1975 abstinent
- Pat. 16: Im Mai 1980 erneute Untersuchung des Patienten im MPI, wobei ihm Abstinenz bescheinigt wurde.

Die Patienten werden auf Tabelle 20a) nochmals aufgeführt.

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Trunkpauses, Abusus	Typis. nach Delir JELLIN.	alkohol-weitere bed. som. somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV in Kh. od. Jugd.	Besond. Fam. stand lität	sozial. Kontakte	vorge-schlag. Thera.	durch-gef. Thera.
1	31	21-30J. einmal < 6 Mon.	nein alpha	Ø	Ø	Epilepsie	Ø	gesch. ---	allein lbd., etwas kontakt	Infor-mations-abd.	Ø
2	30	16-20J. mehrmals < 6 Mo.	nein epsilon	Ø	Ø	Ø	Vater +Brü-wieder der Al-koholab.	gesch. inta. Familie	Disul-firam, firam, Gesprächs-therapie	Disul-firam, firam, Gesprächs-therapie	Ø
3	51	41-50J. nein	nein gamma	Fettleber	Hypertonie	Ø	früher Verlust der Mutter	verh. intakt Familie	Gesprächs-therapie, Info-Ab, Th. Info-Abd.	Gesprächs-therapie, Info-Ab, Th. Info-Abd.	Ø
4	45	41-50J. mehrmals < 6 Mon.	nein epsilon	Ø	Ø	depr. Neu-rose	Vater Alkohol	led. ---	mit fe-stem Part-Thera. Therap. Gruppen-Gruppen-thera., therap., Info-Abd. Info-Ab.	Verh.-Verhalte. Gruppen-Gruppen-thera., therap., Info-Abd. Info-Ab.	Ø
5	54	21-30J. mehrmals < 6 Mon.	nein alpha	Hepatho-pathie	Ø	Impotenz, schizoid	Ø	Frühneu-verh. rotizis.	problem. mit Familie	Disufir, Disul. Gruppen-, Gruppen-Gespräch-, Gespräch., Fam. Th. Fam. Th. Info-Ab, Infoabnd.	Disufir, Disul. Gruppen-, Gruppen-Gespräch-, Gespräch., Fam. Th. Fam. Th. Info-Ab, Infoabnd.
6	34	16-20J. nein	nein gamma	Ø	mehrfach Adipo-sitas	depr. Neur. schizoid, Schlafmitt. abusus	Ø	Eltern led. psych. erkrankt	allein lbd., ohneph., AA, 4 W., Kontakt Gespr. Th. Gesprächs-ther., SuchtfakIAA, Suchtfachkl.	Psycho-psycho. lbd., ohneph., AA, 4 W., Kontakt Gespr. Th. Gesprächs-ther., SuchtfakIAA, Suchtfachkl.	Ø

Tabelle 20a) - männliche Patienten, die abstinent wurden (Fortsetzung umseitig)

Pat. Nr.	Alter	Genuss- Alkohol	Trinken- Alkohol	Typis. nach JELIN.	alkohol- weitere Diagn.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWW in Kh.	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef.
35	16-20 J.	einm. 6 Mo.	frügl. gamma	Hepatitis, Fettleber, Zirrhose, Polyneum.	Nieren- schäd.	Adipositas	depre. Neurose, anankast.	Ø	schwere org. Er- krank.	gesch.	allein lbd., etw. Kontakt	Vit. B, Info-Ab. Info-Ab. Soz. Arb. Selbsth. Gr.	Clometh. 14 T., Info-Ab. Info-Ab. Soz. Arb.
44	16-20 J.	einm. 6 Mo.	einmal gamma	Fettleber, Hepat., Zirrhose, Pankreati, Gastritis,	Herz- insuff.	Z. n. B. II	depr. Neu- rose, schil- droid, Poly- toxikoma.	Ø	Tod der Mutter, broken home, psych. auffäll., Vater Alkohol.	gesch.	mit festem Partner	Info-Ab. Soz. Arb. Sucht fkl. Sucht fkl. AA	Info-Ab. Soz. Arb. Sucht fkl. Sucht fkl. AA
33	21-30 J.	nein	nein delta	Fettleber, Gastritis	Ø	veg. Dystonie	hyster. Pers. Poly- toxikoma.	Ø	Ø	led.	mit festem Partner	Gespräch. Info-Ab. Psychoph. 4 Wo. Gespräch. Info-Ab.	Clometh. 14 T., Psychoph. 4 Wo. Gespräch. Info-Ab.
41	31-40 J.	nein	nein gamma	Fettleber, A-Hepat.	Ø	Adipositas	Ø	Ø	Ø	led.	mit fe- stem Partner	Inform. Abd. 14 T.	Clometh. 14 T.
34	16-20 J.	einmal 6 Mon.	einmal gamma	Fettleber	Pneumonie	Ø	Epilepsie	SWW Erkr. in der Fam.	psych. led.	led.	mit festem Partner	Verhal. + Gruppen- Gesprächs- therap. Sucht fkl. Soz. Arb.	Gruppen- Gesprächs- therap. Sucht fkl. Soz. Arb.

Tab. 20a) männliche Patienten, die abstinent wurden, Teil II (Fortsetzung unseitig)

Pat. Nr.	Al-ter	Beginn Trinken- des pausen	Typis. nach Delir JELLIN.	alkohol-weitere bed. som. somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	besond. in Kh. od. Jugd.	Familien- stand lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
12	30	16-20 mehr- mals 6 Mo.	nein	gamma	Polyneu- ropath. Amputat. von Glied- maßen	Diab.m ø	neurot. Entwickl. ø	neurot. ø Entwickl. led.	allein lbd., etwas Kontakt	Sozial- arb. Clometh. < 14 T. psychoph. < 14 T.	Soz. Arb. Heimauf- Clometh. < 14 T. psychoph. < 14 T.
13	53	?	nein	gamma	Zirrhose mit z.n. Ek- tonomie Coma, Polyneurq.	Splen- ø	Epilepsie ø	ø	verh. unbek.	mit Ehe- partner	---
14	30	21-30J. mehrmals 6 Mo.	nein	alpha	Fettleber, ø Gastritis	ø	reakt. depr. ø Psychose	Mutter depr. + alkohol- abhäng.	allein lbd., etwas Kontakt	Antidepr. Verhalt. Th. Clometh. Inform. > 14 Tg. Info-Abd.	Antidepr. Verhalt. Th. Clometh. Inform. > 14 Tg. Info-Abd.
15	35	vor dem mehr- 16. 1b jh. mals 6 Mo.	nein	gamma	Fettleber, Gicht, Polyneuro. Gonorrh.	ø	schizoid ø	Geburts-gesch. intakt kompl., wieder schwere verh. org. Erk. psych. auffäll.	mit Ehepartn	Familien- Gespräch- Th. Arb. Therapie, Suchtfachkl. Info-Abd. Info-Abd. Suchtfakl. Sozialarb.	Familien- Gespräch- Th. Arb. Therapie, Suchtfachkl. Info-Abd. Info-Abd. Suchtfakl. Sozialarb.
16	56	41-50J. mehr- mals 6 Mo.	nein	gamma	Fettleber M. Hodgkin Otitis	Adipositas ø	depress. ø	verh. problem.	mit Familie	Disulf., Disulfiram Antidepr. Antidepre. Prag. Psy.	Disulf., Disulfiram Antidepr. Antidepre. Prag. Psy.

Tab. 20a) - männliche Patienten, die abstinent wurden, Fortsetzung und Schluß

b) weibliche Patienten

(es wurde jeweils das letzte katamnestisch erfaßbare Datum erfaßt)

- Pat. 1: August 1978: bei Wiederuntersuchung im MPI
Abstinenz
- Pat. 2: Januar 1975: Pat. blieb nach 1/2jähriger Therapie
im MPI abstinent
- Pat. 3: Pat. erlitt zwar mehrere Rückfälle, war aber nach
der Behandlung in einer Suchtfachklinik (September
77 - März 78) abstinent
- Pat. 4: Januar 1975: Pat. lebt abstinent
- Pat. 5: März 1975: Abstinenz
- Pat. 6: blieb während des einmonatigen stationären Aufent-
halts abstinent
- Pat. 7: Juli 1975: Pat. lebt abstinent
- Pat. 8: Juli 1975: Pat. lebt abstinent
- Pat. 9: März 1975: Pat. lebt abstinent
- Pat.10: Pat. war während des 1/2jährigen stationären Aufent-
halts abstinent
- Pat.11: Dezember 1974: Pat. lebt abstinent
- Pat.12: März 1975: Pat. lebt abstinent

Die Patienten werden in Tabelle 20b) aufgeführt.

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Alkoh. Missbrauchs	Typ. nach JELLINEK	alkohol- weite- re somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kindh. od. Jugend	Familien- stand	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
1	33J.	21-30J. einmal < 6 Mo.	Ø gamma	Ø	Ø	Anorgasmie zyklothym	Ø	Großva- ter Alko.	verh.	Familie	Gesprächs-Grupenth. Sucht-Grupenth. fachkl. Infor. Ab. Inform. Ab. Soz. Arb. Soz. Arb.	
2	34J.	21-30J. mehrm. 1 J.	Ø alpha	Ø	Ø	schizoid	SWV	Ø	verh.	Ehepart- ner	Gesprächs- th. Info-Ab. Infor-Ab.	
3	34J.	21-30J. einmal 6 M.	einmal gamma	Fettleb. Nieren- koliken, Gastrit. Myokard.	Ø	Grand-Mal, Clonethiat zolmißb.	Ø	broken home	verh.	Familie	Med. Th. Verha. Th. Verha. Th. Grupenth. Grupenth. Gesprächs- th. Gesprächs. Infor. Ab. Infor. Ab. AA AA, Suchtfkl.	
4	33J.	21-30J. ?	Ø gamma	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	verh.	Familie	Disulf. Disulf. Famili. T. Fam. Th. Infor. Ab. Infor. Ab.	
5	35J.	21-30J. eim. < 6 Mo.	Ø gamma	Ø	Z.n.B II	depress. Neurose	SWV	Tod d. Vaters, broken home, Mutter- Bruder Alkohol.	led.	bei den Eltern	Disulf. Disulf. Verha. Th. Verh. Th. Gesprächs- th. Gesprächs. Info-Ab. Infor. Ab. AA	

Tab. 20b) - weibliche Patienten, die abstinent wurden, Teil I

Pat. Nr.	Alter	Begründung des Abusus	Trinken des Abusus	Typ. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagn.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SW	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Stand	sozial. Kontakte	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
6	28J.	21-30J. mehrm. < 6M.	gamma	gamma	Zirrhose, Fettle.	nicht alk. Hepatit	ø	ø	ø	Bruder Alkohol.	gesch. ----	allein Inform. Ib., et- Abende, was Kont. AA	Inform. AA	
7	29J.	21-30J. einmal 6 Mo.	gamma	gamma	ø	ø	ø	depress. Neurose, schizoid	ø	broken home	verh. problem.	mit Disulf. Ehepart, Verhal. T. Verh. T. Gruppent. Famil. T. Famil. T. Gespräch. Inform. Ab. Soz. Arb. Suchtfrk. AA	Disulf. Disulf. T. Verh. T. Gruppent. Famil. T. Famil. T. Inform. Ab. Soz. Arb. Suchtfrk. AA	
8	33J.	21-30J. nein	gamma	gamma	ø	ø	ø	ø	ø	ø	verh. problem.	mit Disulf. Familie. Famil. T. Inform. Ab.	Disulf. Disulf. Famil. T. Famil. T. Inform. Ab.	
9	30J.	16-20J. nein	gamma	gamma	Hepatop. Polyneuro- ropathie.	ø	ø	depress. Neurose, hysterisch	SMV	broken home, SM in der Fam.	verh. problem.	mit Disulf. Ehepart, Famil. T. Famil. T. Info. Ab. Info. Abd.	Disulf. Disulf. Famil. T. Famil. T. Info. Ab. Info. Abd.	

Tab. 20b) - weibliche Patienten, die abstinent wurden, Teil II

Pat. Nr.	Alter	Beginn Trink- des pausen Abusus	Typis. nach JELIN.	alkohol- weiter bed. som. isomat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jngd.	Famil. stand lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
10	45J.	? ?	einmal gamma nach JELIN.	Zirrhose, Fettleb., Polynneur.	Ciolezyst- ektomie, KHK, Poly- arthrit- Uterus- extstirp.	Korsakow- verwahrh.	Ø	schwere led. org. Erk. Schwester Alkohol.	-----	?	Heimauf- Pflög- schaft > 14 T., Psychoph. < 4 Wo. Heimauf.	
11	60J.	41-50J. einm. 6-12Wo.	Ø gamma	Ø	Ulcus Duodeni	labile Pers., Schmerz- mittelab.	Ø	Tod der verh., Mutter	problem.	mit Familie Thera. Gespräch. Infor. Ab.	Verhal. Thera. Infor. Ab.	
12	61J.	41-50J. einm. > 1 Ja.	Ø wahr- scheintl. gamma	Ø	Uterus- extstirp.	hysteri., SMV hypochon. Neurose, Polytoxi- Komanie	SMV	schwere verh. org. Erkran.	proble.	mit Familie Thera. Infor. Ab.	Disulf. Psych. ph. Psychoph. Gesprächs- therapie, therapie, Infor. Ab. Infor. Ab.	

Tab. 20b) - weibliche Patienten, die abstinent wurden, Teil III und Schluß

3.4.3. Patienten mit mäßigem Alkoholkonsum
(mengenmäßig, bzw. über längere Zeit episodisch)

a) männliche Patienten

Es wird jeweils das letzte katamnestisch erfaßte Datum angegeben.

Pat. 1: wurde bis März 1975 stationär im MPI behandelt

Pat. 2: April 1976 und November 1976 stationäre Behandlung im MPI

Pat. 3: April 1976: zwar mäßiger Alkoholkonsum bei sozialer Anpassung, jedoch Suchtverlagerung (vor allem Schmerzmittel) mit organischer Wesensänderung

Pat. 4: Oktober 1975: mäßiger Alkoholkonsum, jetzt auch reaktive Depression wegen Grunderkrankung (Sklerodermie)

Pat. 5: Anfang 1975: kontrolliertes Trinken mit einmaligem Rückfall; Tranquilizer- und Barbituratabusus; sozial nicht angepaßt

Pat. 6: Dezember 1974: einmaliger Rückfall nach fast einjähriger Abstinenz

Pat. 7: Juli 1975: mäßiger Alkoholkonsum bei sozialer Anpassung

Pat. 8: 1976: neurologische Untersuchung im MPI: kein Alkoholmißbrauch.

1977: Pat. trinkt jetzt ca. 120 ml reinen Alkohol täglich

Pat. 9: Juni 1975: Pat. trinkt kaum Alkohol, ist jedoch jetzt tablettenabhängig; Pat. erscheint sozial nicht angepaßt

Pat.10: März 1974: mäßiger Alkoholkonsum des Patienten

Pat.11: September 1975: mäßiger Alkoholkonsum des Patienten

Pat.12: Juli 1974: stationäre psychiatrische Behandlung, u.a. mäßiger Alkoholkonsum

Pat.13: Mai 1974: mäßiger Alkoholkonsum des Patienten

Pat.14: Januar 1975: mäßiger Alkoholkonsum; Patient erscheint sozial nicht angepaßt

- Pat.15: 1977: der Patient trinkt ca. 80ml Alkohol
wöchentlich
- Pat.16: Januar 1976: mäßiger Alkoholkonsum, jetzt jedoch
Diagnose eines hirnorganisches Psychosyndroms
und Z.n. SMV mit Phenytoin
- Pat.17: mäßiger Alkoholkonsum - letztes katamnestisches
Datum nicht mehr zu rekonstruieren
- Pat.18: Januar 1975: der Patient war ein halbes Jahr
abstinent, dann jedoch ein Rückfall
- Pat.19: 1978: der Patient gibt an, 4 Jahre lang abstinent
geblieben zu sein, trinke jetzt jedoch wieder
mäßig Alkohol
- Pat.20: September 1976: mäßiger Alkoholkonsum des Patienten,
Patient nicht sozial angepaßt
- Pat.21: Oktober 1975: mäßiger Alkoholkonsum des Patienten

Die Patienten werden in Tab. 21a) aufgeführt.

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Trinken- des pausen Abusus	Typis. nach JELIN.	alkohol- weiterer bed. som. somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.		
1	38J.	21-30J.	Ø	?	Gastritis HWS- Hepatopat. Degenera.	Migräne	depr. Neur. anankast., Tabl.-Mißb.	Ø	schwere org. Er., Tod des Vaters; broken home; psych. auffäll.	verh.	intakt	Familie	Psychot- therap., therap., Info- Abende	Psycho- therap., therap., Info- Abende
2	43J.	?	Ø	gamma	Pankrea- titis	Ø	Drogen- mißbrauch	Ø	schwere org. Er., Tod des Vaters; psych. auffäll.	verh.	intakt	Familie	Wieder- vorsteltg. vorstellung	Wieder- ohne weitere Therapie
3	43J.	16-20J. mehrmals < 6 Mo.	Ø	delta	Ø	Ulcus duo- deni	Schlaf- mittelmiß- brauch	Ø	broken home, Vater Alkohol.	verh.	intakt	Familie	Psycho- therapie, kannt Info-Abend. AA	unbe- therapie, kannt Info-Abend.
4	45 J.	21-30J.	Ø	gamma	tox. Kar- dionyo- pathie	Sklero- dermie	Z.n. Herzin-Grand Mal, farkt, depress. Hyperventi-Neurose, Potenz- störungen	Ø	ein-psyche malische auffällig.	verh.	intakt	Ehepart- ner	Pragmat. Psychoth. Psychoth.	

Tab. 2(a) - männliche Patienten mit katamnestisch mäßigem Alkoholkonsum, Teil I

Pat. Nr.	Alter	Beginn Trink- des Abusus	Trinken- pausen	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere sonat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
5	38J.	vor dem 16.1bJ.	mehrm. <6 Mon.	Ø	gamma	Hepatopa- thie, Gastritis	Ø	neurot. Ent- wickl., ein- mal d. Familie Psychop., Homosexuell, verwahrst. Schlafmittel- mißbrauch	Ø	Alkohol-verh. in Kh. in ein-ism. in Tendenz zum d. Familie	problem. Ehepart- ner	Ehepart- ner	sozial. Kontak- te	Disulf. Disulf. Familien. T. Gespräch. Info-Abend. Gruppenth. AA
6	50J.	21-30J.	mehrm. < 6 Mon.	Ø	epsilon	Gastritis	Ø	Ulcus duodeni	Ø	Tante SMV	verh.	intakt	Ehepart- ner	Disulf. Disulf. Gespräch. Gespräch.
7	44 J.	21-30J.	mehrm. < 6 M.	Ø	gamma	Fettleber	Ø	Potenzstö- rungen	Ø	broken home; psych. auffäll. Mutter psych. krank	verh.	problem. Familie	Disulf. Disulf. Sexualt. Gruppent. Gruppent. Familient. Familient. Gespräch. Gespräch. Inform-Ab. Infor. Abd.	
8	50J.	?	?	fryl. delta	Ø	Bronchi- tis	Z.n. BII	Epilepsie, org. Ps. Sy	Ø	?	gesch.	allein lb., etw. Haloper. Kontakt weitere Psychoph. pharma- Info-Abd.	Clometh. Clometh. lb., etw. Haloper. < 14 T., Kontakt weitere Psychoph. pharma- Info-Abd.	

Tab. 21a) - männliche Patienten mit katamnestic mäßigem Alkoholismus, Teil II

Pat. Nr.	Beginn Trink- des pausen Abusus	Delir JELIN.	Typis. nach JELIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SW in Kh. od. Jugd.	Besond. Fam. Ehequa- stand lität	sozial. vorge- kontak- schlag. gef. Thera. Thera.	durch-
9	21J. 16-20J. mehrm. < 6 M.		frgl. gamma	Ø	Ø	Ø	asthenisch verwährt. Polytoxiko- manie	SW broken led. home; psych. auffäll. Vater Alkoholik.	----- bei Ver-Disulf. wandten Psychop. lbd. Gruppent. Gespräch. Gespräch. Verhalt. Infor. Ab. Infor. Ab. Soz. Arb. Soz. Arb. AA AA		
10	55J. 21-30J. mehrm. < 6 Mo.		gamma	Hepatitis Diab. Fettleber mell.	Ø	Ø	Ø	Ø	Großva- gesch. problem. mit ter Al- wied. Familie Suchtfkl. Suchtfkl. koholik. verh.		
11	34J. 21-30J. einmal < 6 M.		gamma	Polyneu- ropathie	Ø	Ø	Angstneu- rose	Ø	Tod des verh. intakt Vaters; mit Familie Alkohol- Gespräch. Gespräch. lism. i. Info-Abd. Info-Abd. d. Fam.		
12	40J. 31-40J. einmal > 1 J.		gamma	Pettleber Pityria- sis ros. Bandschei- benbesch.	Z.n. B II	Tic, Poly-SW Toxikoman. Anfallsle- depre. Neu.	Ø	gesch. wied. verh.	?	Ehe- partner	Disulf. Disulf. Gespräch. Gespräch. Infor. Ab. Infor. Abd.
13	26J. 16-20J. einmal < 6 Mo.		gamma	Hepatopa- thie, Pant nie kreatitis	Ø	Potenzstö- rungen. Psychoph. abus	Ø	Geb. Kom., verh. schw. org. broken home, psych. auffäll. Alkoholik. i. d. Fam.	intakt. Ehe- partner	Disulf. Disulf. Psychoph. Psychoph. Verhalt. Gespräch. Gespräch. Info-Abd.	

Tab. 2(a) - männliche Patienten mit katamnestisch mäßigem Alkoholismus, Teil III

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Trinken- des pausen	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kh. od. Jngd.	Famil. stand	Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
14	39J.	21-30J. mehrmals. < 6 Mo.	Delir JELLIN. Ø	Diabet. Ø mell.	Herzneurose	Potenzstö. schizoid, verwahrh. OPS	Ø	broken home; Bruder psych. krank	led.	-----	allein lbd., etw. Kontakt	allein Gruppenth. Gespräch.	Gruppent.
15	32J.	?	Ø	alpha Hepatopa.	Psoriasis	Adipositas	Ø	psych., auffäll.	led.	-----	allein lbd., keinen Kontakt	Sozial- arbeit, Psychoph.	
16	41 J.	31-40J. mehrmal. < 6 Mo.	Öftersgamma	Fettleber, Gastritis, Hepatitis, Zirrhose	Ø	Anfalls- leiden; haltsschw.	SWV	Ø	led.	-----	bei den Eltern	Inform.	-----
17	33J.	21-30J., nein	frgl. delta	Fettleber	Pneumo- nie	Hypertonie	depress. Neurose	Ø	schwere org. Er- krank.	verh.	intakt	Ehepart- ner	Psychoph. Prag. Psycho. Verhalt.t. Verhalt.t. Gruppent. Gruppenth. Gespräch. Gespräch. Inform. Ab. Inform. Ab.

Tab. 21a) - männliche Patienten mit katamnestic mäßigem Alkoholismus, Teil IV

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Abusus	Trinken pausen	Typis. nach JELLIN.	alkoholbed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagn.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand	Ehequalität	sozial. Kontakte	vorgeschlag. Thera.	durchgef. Thera.
18	66 J.	41-50 J.	einmal 6-12 Mo.	delta	Fettleber, Zirrhose, Gastritis, Hepatitis Polyneurop.	Synkopen, HNO-Op.	z.n. B II	OPS	Ø	Ø	verh.	intakt	Ehepartner	Ehepartner, Vit. B, Inform. Abende	Clonethi, < 14 T.
19	50 J.	31-40 J.	eiml. > 1 J. mal	gamma	Fettleber, Zirrhose	Ø	Adipositas Hypertonus	Impotenz Anfallsleiden	Ø	schwere org. Erk. wiederholte	gesch. wiederh. verh.	problem.	Familie	Pragm. Psycho. Inform. Abd.	Inform. Abende
20	18 J.	16-20 J.	nein	gamma	Fettleber, Zirrhose	Lungeninfarkt, Spondyl. deforma.	Hypertonus	depr. Neurose	SMV	broken home; psych. auffällig; Vater Alkohol.	led.	-----	im Heim lbd.	Gesprächstherapie	-----
21	33 J.	16-20 J.	nein	gamma	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	led.	-----	mit festem Partner	Gespräch. Infor. Ab. Inform. Ab.	Gespräch.

Tab. 21a) - männliche Patienten mit katamnästisch mäßigem Alkoholismus, Teil V und Schluß

b) weibliche Patienten

Es wird jeweils das letzte katamnestisch erfaßte Datum angegeben.

- Pat. 1: wurde 1975 und 1976 im MPI erneut behandelt,
Pat. erscheint sozial angepaßt
- Pat. 2: Januar 1977 erneut im MPI untersucht und behandelt;
Pat. erscheint sozial angepaßt
- Pat. 3: Pat. wurde Ende 1974 zuletzt im MPI untersucht
- Pat. 4: Pat. wurde im Juli 1975 zuletzt im MPI behandelt
- Pat. 5: Pat. wurde zuletzt 1976 im MPI behandelt
- Pat. 6: Pat. wurde im Januar 1975 zuletzt im MPI
behandelt
- Pat. 7: Pat. wurde im August 1977 zuletzt im MPI untersucht
und behandelt; mäßiger Alkoholkonsum, jedoch
weiterhin Polytoxikomanie; die soziale Anpassung
der Patientin erscheint fraglich.

Die Patientinnen werden in Tabl. 21b) aufgeführt.

Pat. Nr.	Beginn des Alkoh. Trinken- des pausen	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef.
1	40 J. ?	Ø	Ø	Lupus erythem. Fely-Syn. Z.n. Tuben- ligatur	Migräne	hysterisch, depress. Neurose, Schmerz- mittelmiß- brauch	SWV	schwere org. Er. psych. Auffäll.; Familie Suchtverh.	gesch. ----	mit festem Partner	Mittel gegen Migräne; Psycho- analyse	----
2	42 J. 31-40 J.	Ø	Leber- schaden	Z.n. Tbc. Z.n. Abortus	Adipositas Amenorrhoe Migräne	depress. Neurose, polytoxi- komanie	Ø	Tod des Vaters; broken home; Verwandt. psych. erk. Großvater Alkohol.	verh. probl.	beim Ehepart- ner	Soz. Arb. Suchtfkl.	Soz. Arb. Suchtfachk.
3	51 J. 41-50 J.	Ø	Ø	Ø	Ø	manisch- depr. Psychose	Ø	SM und psych. Erkr. i. d. Familie	verh. probl.	Familie	Psychopa. Gespräch. Verhalt. T.	Psychoph. Gespräch. Verhalt. T.
4	38 J. 16-20 J.	Ø	Leber- schaden	Z.n. Fehl- geburt	Ø	neurot. Entwicklg.	Ø	schwere org. Er.; psych. Auffällig. broken home; Alkohol- iker i. d. Familie	verh. intakt	beim Ehepart- ner	Disulf. Disulf. Gesprächst. Psychoth.	Disulf. Disulf. Gesprächst. Psychoth.

Tab. 21b) - weibliche Patienten mit katamnestisch mäßigem Alkoholkonsum, Teil I

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Abusus	Trinken- pausen	Typis. nach Delir JELIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kh. od. Jügl.	Famil. stand	Frequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
5	54J.	?	mehrmals. < 6 Mo.	ein- gamma	Ø	Diabet. mell.; Z.n. Lamin- ektomie	Adipositas	Polytoxi- konanie; OPS; depress. Neurose	Ø	Ø	verwit- wet	----	bei den Kindern	Halope- ridol, Selbst- hilfeorg.	
6	52 J.	41-50 J.	mehrmals. Ø	gamma	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	früher Verlust eines Elternt	verwit- wet	-----	bei den Kindern	Disulf., Verhalt. Gesprächst. Inform-AbInfor. Gruppent.	
7	22J.	vor dem 16. Bjj.	Ø	gamma	Ø	Ø	Ø	hyster. Persönl., Polytoxi- konanie, verwahrt.	mehrfrüher mal Verlust SWV eines Elternt	led.	-----	-----	bei den Eltern	Verhal- tensth., Suchtfkl. Suchtfkl.	

Tab. 21b) - Fortsetzung und Schluß - weibliche Patienten mit katamnestisch mäßigem Alkoholabusus

3.4.4. Patienten mit episodischen Rückfällen bei sonst
mäßigem Alkoholkonsum

a) männliche Patienten

Es wird jeweils das letzte katamnestisch erfaßte Datum angegeben.

- Pat. 1: Mitte 1974 - Nachuntersuchung im MPI - episodische Rückfälle bei sonstmäßigem Alkoholkonsum
- Pat. 2: 1978 Behandlung wegen eines Delirs;
1974, 1978, 1979: Entzugsbehandlungen im Bezirkskrankenhaus; Zeiten der Abstinenz wechseln mit Rückfällen
- Pat. 3: Januar bis Juli 1975 völlige Abstinenz: dann wieder Rückfälle bis 1980
- Pat. 4: blieb einen Monat nach der Behandlung abstinent, dann wieder episodische Rückfälle
- Pat. 5: blieb bis März 1975 11 Monate trocken; im März 76 Behandlung in Nervenklinik wegen episodischer Rückfälle
- Pat. 6: war seit Juni 1974 ein halbes Jahr abstinent geblieben; dann wieder vermehrt Alkoholkonsum; im April 1975 SMV
- Pat. 7: Mai 1975: es werden episodische Rückfälle des Patienten berichtet
- Pat. 8: Dezember 1974: erneute Untersuchung im MPI wegen episodischer Rückfälle
- Pat. 9: September 1974 - episodische Rückfälle bei sonstmäßigem Alkoholkonsum
- Pat. 10: 1975 stationäre Behandlung im Bezirkskrankenhaus wegen Prädelir bei episodischem Alkoholabusus

- Pat.11: August 1974 Behandlung im Bezirkskrankenhaus
wegen episodischer Rückfälle
- Pat.12: November 1975 - Pat. erleidet episodische Rückfälle
bei sonst mäßigem Alkoholkonsum
- Pat.13: Anfang 1975: episodische Rückfälle des Patienten,
der jetzt auch wieder medikamentenabhängig ist
- Pat.14: Mitte 1976 Rückfall des Patienten, ausgelöst u.a.
durch berufliche Probleme;
Pat. war ein halbes Jahr erfolgreich in einer
Suchtfachklinik gewesen
- Pat.15: Juli 1975 - episodische Rückfälle des Patienten

Die Patienten werden in Tabelle 22a) zusammenfassend
aufgeführt.

Pat. Nr.	Beginn Trinker- des Abusus	Delir JELLIN.	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere sonat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Familiequa- lität	sozial- kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
1	30J. 16-20J. mehrmals < 6 Mo.	Ø	gamma	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	broken home	-----	allein lbd., etw. Kontakt, AA	Disulf. Disulf. Gespräch. Gespräch. Suchtfkl.	Disulf. Disulf. Gespräch. Gespräch. Suchtfkl.
2	30J. 16-20J. einmal 6-12 Mo.	frgl.	gamma	Ø	Ø	Ø	Anfallsid. asthenisch	Ø	Mutter psych. krank; Brüder Alkohol	-----	mit fe- stem Partner Verhalt.	Clometh. Clometh. 14T. Disulf. Disulf. Gespräch. Gespräch. Suchtfkl.	Disulf. Disulf. Gespräch. Gespräch. Suchtfkl.
3	30J. 21-30J. Ø	Ø	gamma	Fettleber Lues	Adipositas	labil. Pers. SMV depress. N. Polytoxik homosexuell	Ø	Ø	Tod des Vaters; psych. auffällig; Verwand. alkohol.	-----	allein lbd., etwas Kontakt	Disulf. Disulf. Verhalt. Verhalt. Gespräch. Gespräch. Suchtfkl. Suchtfachk. Infor. Ab. Infor. Ab. Selbsthgr. Selbsthgr	Disulf. Disulf. Verhalt. Verhalt. Gespräch. Gespräch. Suchtfkl. Suchtfachk. Infor. Ab. Infor. Ab. Selbsthgr. Selbsthgr
4	34J. 16-20J. mehrmals < 6 Mo.	Ø	delta	Fettleber Synkopen Gastritis; Pneumonie Pleuritis	Ø	Bewußtlo- sigkeiten unklarer Genese	Ø	Ø	? led.	-----	allein lbd., etwas Kontakt	Infor. Ab. ----- AA ?	Infor. Ab. ----- AA ?
5	23J. 21-30J. einmal < 6 M.	Ø	gamma	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	schwere verh. org. Erkr. broken home	problem mit	mit Familie	Familieng. Gespräch. Gespräch. Infor. Ab. Info. Ab. Verhalt. Th. AA Suchtfachk. Disulf. Disulf. Infor. Ab.	Familieng. Gespräch. Gespräch. Infor. Ab. Info. Ab. Verhalt. Th. AA Suchtfachk. Disulf. Disulf. Infor. Ab.

Tab. 22a) - männliche Patienten mit katamnestisch episodischen Rückfällen, Teil I

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Abusus	Trinkpausen	Delir	Typis. nach JELIN.	alkohol- bed. som. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand	Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
6	23J.	21-30J.	einmal 6-12M.		frgl. gamma	Fettleber	Ø	Grand Mal Psychoph. mißbrauch	SMV	?	led.	-----	bei den Eltern	Clometh. Verhalt. 14 T.	
7	40 J.	31-40J.	mehrmals 6 Mon. mal	einmal	epsilon	Fettleber im- pot. Gastritis dia- generand	Adipositas	halttschwache Pers.	SMV	Tod des Vaters: Bruder Suizid	gesch.	-----	allein lbd., etwas Kontakt	Disulf. Verhalt. Gespräch. Info-Ab. Suchtkf. Soz. Arb. Soz. Arb.	
8	42 J.	31-40J.	Ø	Ø	gamma	Ø	Ø	anankast. Pers.	Ø	Tod des Vaters	verh.	proble.	mit Familie	Psychop. Psychoph. Famil. T. Famil. Th.	
9	34J.	16-20J.	mehrmals 6 Mo	öf- ters	gamma	Polyneuro- pathie	Ø	anankast. depress. N.	SMV	Tod der Mutter; schwere org. Er.	led.	-----	mit festem Partner	Info-Ab. Psychoph. Verwahr. Partner Soz. Arb.	
10	38J.	21-30J.	mehrmals 6 Mo; mal. lon	einmal	epsilon	Ø	Ø	Grand Mal hyster. P. depress. N. homosexuell	SMV	psych. auffäll. Grovater Suizid	led.	-----	mit festem Partner	Clometh. Clometh. Gespräch. 14 Tage Info-Ab. Psychoph. Soz. Arb. Gespräch.	

Tab. 22a) - männliche Patienten mit katamnestisch episodischen Rückfällen, Teil II

b) weibliche Patienten

- Pat. 1: wurde im November 77 wegen einer Alkoholintoxikation behandelt; episodische Rückfälle bei sonst mäßigem Alkoholismus
- Pat. 2: August 1976: exogene Psychose bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch; bis dahin episodische Rückfälle
- Pat. 3: März 1979: Behandlung im Bezirkskrankenhaus wegen episodischer Rückfälle
- Pat. 4: ebenfalls Behandlung im Bezirkskrankenhaus Haar wegen episodischer Rückfälle; Pat. wurde jedoch verwahrt
- Pat. 5: Juni 1974 - die Patientin trinkt episodisch zwischen den Therapiesitzungen im MPI; in diesem Monat wird auch von einer Tablettenintoxikation berichtet
- Pat. 6: Juli 1974: episodische Rückfälle der Patientin
- Pat. 7: Juni 1974: Abbruch der Verhaltenstherapie im MPI, da häufige episodische Trinkexzesse
- Pat. 8: 75 und 76 stationäre Therapie in Bezirkskrankenhaus; damals Suchtverlagerung auf Medikamente; 1977 aus Suchtfachklinik disziplinarisch entlassen
- Pat. 9: im Dezember 1975 Behandlung im Bezirkskrankenhaus wegen episodischer Rückfälle

Die Patienten werden in Tab. 22b) zusammenfassend aufgeführt.

Pat. Nr.	Alter	Beginn/Trink- des Abusus	Delir	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed.som. Erkrank.	weitere somat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Thequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. gef. Thera.	durch- Thera.
1	30J.	21-30J.	Ø	alpha	Ø	Ø	Ø	Ø	SMV	psych. Auffäll. Vater Alkohol.	verh. problem.	mit Familie	Familien- therap., Info-Abd.	
2	38J.	?	Ø	delta	Ø	chron. Pyeloneph. Z.n.Tubar- gravidit. Anämie	vasomot. Schnupfen	Grand Mal	Ø	Tod des Vaters	intakt	beim Ehepart- ner	Gesprächs- therapie	?
3	43J.	31-40J. eimal < 6 Mon.	Ø	delta	Gastro- duodeni- tis	Adnexit. Cholelith. Cholangi.	Ø	para-hall. Schizoph.	Ø	broken home; Vater Alkohol.	gesch. problem.	beim Ehepart- ner	----- pharm- 4 Wochen	Psycho-
4	43J.	41-50J. mehr- mals < 6 Mon.	frgl.	gamma	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Schwester verh. Alkohol.	verh. probl.	mit Familie	Info-Abd. Gesprächst.abend, Verhalt.T. Gesprächs- Suchtfachkl.th., Suchtfachkl.	
5	30J.	21-30J. eimal < 6 Mon.	Ø	gamma	Ø	Ø	Adipositas	asthen. Persönl.	mehr- fach SMV	broken home wieder verh.	gesch. problem.	mit Familie	Infor.ab. Soz.ab. Suchtfachkl. Suchtfachkl.	

Tab. 22b) weibl. Patienten mit katamnestisch episodischen Rückfällen, Teil I

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Trinken- pausen Abusus	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugend	Famil. stand lilität	sozial. kontak- te	durch- schlag. gef. Thera.
6	34J.	21-30J.	Ø	Ø	nicht einzu- ordnen	Fettleber	Z.n. Bauchhö- lenSS.	Migräne, Dysmenor- rhoe	Anorgas- mie; Polytoxi- komanie	Ø	verh. intakt	beim Gesprächs- Info-Ab. th.
7	36J.	21-30J.	Ø	Ø	gamma	Hepato- pathie	mehrfach Abort	Ø	Anfalls- leiden; hysterische Struktur	SMV Ø	verh. problem.	Psychoph. Psychoph. Verha. T. Verha. T. Familient. Familient. Info-Abd. Info-Abd.
8	36J.	31-40J.	Ø	delta	Ø	Hepatitis Tbc, Z.n. Abort tus; Totalex- stirpat.	psychogene Tetanie	Grand Mal, hyster. Str. depre. Neur. Polytoxiko- manie	Ø	schwere org. Erk. broken home; psych. auffall.	----- mit Kindern	Soz. Arb. Soz. Arb. Selbsthilfe- org., Psychoph., Suchtfachkl.
9	36J.	31-40J.	Ø	gamma	Ø	Ø	Ø	hyster. P., SMV depress. N., Libido- verlust	Vater+ Brüder Alkohol., Vater SM	verh. problem.	mit Familie	Gruppent. Gruppent. Info-Ab. Info-Abd. Selbsthilfe- org. AA

Tab. 22b) - weibl. Pat mit katamnestisch episodischen Rückfällen - Teil II und Schluß

3.4.5. Patienten mit katamnestisch erfaßtem Rückfall in
frühere Trinkgewohnheiten

a) männliche Patienten

- Pat. 1: wurde im August 1978 wegen Alkoholentzugsdelir
und Leberzirrhose im KMS behandelt
- Pat. 2: wurde im September 1978 zuletzt im KMS behandelt;
trinkt ca. 200 ml Alkohol täglich
- Pat. 3: August 1977 erneute Untersuchung im MPI:
Rückfall in alte Trinkgewohnheiten; Pat. war
jedoch ein Jahr lang abstinert
- Pat. 4: Februar 1975 Untersuchung im KMS: erosive Gastritis;
Dezember 1977 erneute Untersuchung im KMS:
Entzugsdelir, Zirrhose, schwere Polyneuropathie mit
Muskelatrophie
- Pat. 5: wurde im Oktober 1977 im KMS wegen einer alkoholi-
schen Gastritis behandelt
- Pat. 6: Oktober 1975: Alkohol- und Tablettenintoxikation
in suizidaler Absicht; chronischer Alkoholismus
wahrscheinlich; Verdacht auf Leberschaden
- Pat. 7: Im Juni 1974 Suizidversuch unter Alkoholeinfluß
- Pat. 8: Oktober 1974: akute Pankreatitis bei Alkoholmißbrauch
- Pat. 9: Juli 1977: Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.10: Dezember 1976: Prädelir bei chronischer Alkohol-
abhängigkeit
- Pat.11: Oktober 1975: akute Alkoholintoxikation führte
zur stationären Behandlung
- Pat.12: Juli 1976: Suizidversuch im Alkoholrausch; Pat.
trinkt ca. 200 ml Alkohol täglich
- Pat.13: Juli 1974: Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.14: Dezember 1978: Pat. trinkt ca. 400 ml Alkohol
täglich

- Pat.15: August 1978 (KMS und MPI): Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.16: Februar 1975: Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.17: Juni 1974: Pat. trinkt auch während der stationären Entzugsbehandlung im Krankenhaus
- Pat.18: Augst 1978: Behandlung im KMS, Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.19: Februar 1976: Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.20: von Mitte 74 bis Juni 1975 insgesamt neun stationäre Behandlungen, weiterhin eine Verwahrung. Diagnosen: chronischer Alkohol- und Distaneurinmißbrauch
- Pat.21: Oktober 1974: Alkoholhalluzinose führte zur Einweisung ins MPI; 1975 fünfmonatige Abstinenz; 1977: Rückfall in alte Trinkgewohnheiten; jetzt auch hirnergorgischer Abbauprozess
- Pat.22: Juli 1974 Rückfall in alteTrinkgewohnheiten
- Pat.23: April 1977 Verwahrung ins Bezirksrskrankenhaus; chronischer Alkoholismus
- Pat.24: Juli 1979: Prädelir
- Pat.25: Mai 1975: Alkohol- und Nikotinmißbrauch; beginnendes organisches Psychosyndrom
- Pat.26: Pat. trank auch während der stationären Entzugsbehandlung weiter; disziplinarisch entlassen
- Pat.27: Mai 1979: disziplinarisch aus stationärer Behandlung entlassen, da mehrfach intoxiziert
- Pat.28: trank auch während der stationären Entzugsbehandlung weiter
- Pat.29: September 1974 - Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.30: April 1974: Wiedereinweisung des Patienten, da Prädelir
- Pat.31: Behandlung im Januar 1976 im Bezirkskrankenhaus: Rückfall in alte Trinkgewohnheiten

- Pat.32: 1976 und 1977 Behandlung im Bezirkskrankenhaus;
Diagnosen: chronischer Alkoholismus, Mißbrauch
von Opiaten, Weckaminen, Clomethiazol
- Pat.33: 1975 und 1976 Behandlung im Bezirkskrankenhaus:
Alkohol- und Schmerzmittelmißbrauch
- Pat.34: Juli 1974 - Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.35: Behandlung 1978 im Bezirkskrankenhaus: Zustand
nach Suizidversuch und Rückfall in alte Trinkge-
wohnheiten; Pat. war jedoch 3 Jahre abstinent
gewesen
- Pat.36: Januar 1975 erneute Verwahrung nach Haar, Diagnose:
chronischer Alkoholismus
- Pat.37: siebenmalige Entziehungskur im Bezirkskrankenhaus,
zuletzt 1978, in diesem Jahr auch entmündigt .
Neben Alkoholabhängigkeit auch Hypnotika-,Sedativa-,
Schmerzmittel- und Clomethiazolabusus.
- Pat.38: 1977 und 1978 Verwahrung ins Bezirkskrankenhaus,
dort auch Versuch einer Entziehungskur
- Pat.39: April 1979: hirnorganisches Psychosyndrom mit com-
putertomographisch nachgewiesener Rindenatrophie;
dringender Verdacht auf chronischen Alkoholismus-
- Pat.40: 1979 erneute Vorstellung im MPI: seit seiner Entlas-
sung aus Suchtfachklinik hatte der Patient weiter
getrunken
- Pat.41: Ende 1977: Alkoholentzugsdelir; außerdem Verlust
des homosexuellen Partners

Die Patienten werden in der Tabelle 23a) eingehender
beschrieben.

Pat. Nr.	Beginn des Abusus	Trinkpausen	Typis. nach JELLIN.	alkohol- weitere bed. som. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SW	Besond. in Kh. od. Jued.	Famil. stand lität	sozial. Kontakte	vorge-schlag. Thera.	durch-gef. Thera.
1	33J.	16-20J. einmal < 6 Mo	gamma	Fettleber Diab. mell., Z.n. schw. hem Unfall	Hypertonus	Grand Mal	Ø	?	verh. proble.	mit Familie	Cloneth. Clometh. Verh. Th. < 14 Tg. Info. Ab. Verh. T. Info-Abd. Selbst. Gr.	
2	37J.	21-30J.	delta	Gastritis Gicht	Ulcus duodeni, Adipositas; Migräne	cyclothyme Pers.	Ø	broken home	verh. problem.	mit Familie	Psychopharm. < 14 Tg. Gesprächst. Psychoph. Info-Abd. 4 Wo.	
3	36 J. vor dem 16. IbJ.	Ø	gamma	Gastritis	Ø	Z.n. exogener Psychose (Disulf.)	Ø	broken home; psych. auffäll. Großvater Alkohol.	verh. problem.	Ehepartner	Ehepart-Disulf. Disulf. Verh. T. Famil. Th. Famil. Th. Gespräch. Gesprächst. Info-Abd. Suchtfachkl.	
4	52J.	21-30J.	gamma	Fettleber Empysem- Hepatitis, bronchit. Polyneuro- V.a. pathie	Z.n. B II	OPS	Ø	nein	verh.	intakt	Ehepartner	Clometh. Clometh. Vit. B., 14 Tg. Info-Ab. Vit. B AA
5	55J.	41-50J.	gamma	Fettleber Gicht	Ulcus ventri + duodeni	Grand Mal	Ø	?	verh.	intakt	Ehepartner	Info-Info-Abd.
6	35J.	21-30J.	gamma	Gastritis z.n. Stimmband-OP	Z.n. B II	Polytoxikomanie	SW	schwere org. Er- krank., broken home	verh.	intakt	mit Familie	Info-Info-Abd. Arche

Tab. 23a) - männliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil I

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Abusus	Trinkenpausen	Delir JELLIN.	Typis. nach einzuordnen	alkohol. bed. som. Erkrank.	weitere Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SW in Kh. od. Jugd.	Famil. stand lilität	sozial. Kontakte	vorge-schlag. Thera.	durchgef. Thera.
7	18 J.	16-20 J.	Ø	Ø	nicht einzuordnen	Ø	Sennen-durchtren-nung bei Z.n.SMV	Ø	halttschwa-mehr- Vater led. che pers. fachAlkohol. SMV Bruder SMV	Ø	----	bei den Gesprächs- Eltern therapie hilfe-gruppe	----	----
8	45 J.	31-40 J.	Ø	ein-mal	gamma	chron. Pankreatit. mell., Z.n.Tb	Diabet. Z.n.Tb	Z.n. B II	Temporal-lapenepi-lepsie; Schlafmittel-abusus	Ø	gesch. Wieder-verh.	Ehepart-ner	Info-Abende	----
9	38 J.	31-40 J.	Ø	Ø	gamma	Hepatitis Fettleber Nieren-insuff., Z.n.Kehl-kopfa.	Gicht	Adipositas	Ø	SMV schwere verh. org.Erkr.	Intakt	mit Familie	Info-Abende	----
10	42 J.	?	?	einmal	epsilon	Fettleber Broncho-pneumonie		Ø	verwahr-lost	?	geschle-den	mit festem Partner	Cloneth. 14 T.	----
11	25 J.	?	?	Ø	gamma	Ø	Ø	Ø	verwahr-lost	?	ledig	in Hei-men le-bend	Psychoph. 4 Wo.	----
12	30 J.	vor dem 16. JbJ	Ø	frgl.	gamma	Hepato-pathie	Gicht	Ø	Impotenz	SMV SWi.d. led. Jugend; Tod des Vaters; schwere org.Erkr.	----	allein wenig Kontakt	Info-Abende Cloneth. 14 T.	----

Tab. 23a) - männliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil II

Pat. Nr.	Alter	Beginn Trink- des pausen	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
13	35J.	?	?	gamma	Hepato- pathie; Kardio- myopath.	Ø	z.n. Herzin- farkt; psycho- vegetatives lab. Pers. Syndrom	Anfalls- leiden; verwahr- lost	SWV	gesch.	in Hei- men le- bend Wieder- vorstel- lung
14	26J.	21-30J.	Ø	nicht einzu- ordnen	Fettleber	Ø	Ø	asthen. Pers., Polytoxiko- manie	SWV	led.	allein Info-Abd. lbd., AA etwas Kontakt
15	41 J.	21-30J. mehrmals < 6 Mo.	Ø	gamma	?	?	Ø	verwahr- lost	Ø	gesch.	in Hei- men le- bend Clometh. Info-Ab. Soz. Arb. Info-Abd. AA AA
16	42J.	16-20J. einmal < 6 Mo.	einmal gamma	Gastritis Polyneuro- pathie	Ø	Ø	Ø	Epilepsie, depress. N. Barbiturat- sucht, verwahr.	SWV	Tod des gesch. Vaters	allein Info- lbd., Abende etwas Kontakt
17	39J.	21-30J.	Ø	gamma	Zieve- Syndrom; Hepatitis Fettleber	Ø	Ø	Anfalls- leiden	Ø	gesch.	allein Info-Ab. lbd., Soz. Arb. Suchtflk. Kontakt
18	46J.	41-50J. einmal < 6 Mo.	Ø	nicht einzu- ordnen	Fettleber Gastritis; Polyneuro- pathie lithiasis	Ø	vegetati- ve Dysto- nie	depress. Neurose	Ø	verh.	intakt beim Ehepart- ner Vit. B. psychopharm.

Tab. 23a) - männliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil III

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Trinken- des pausen Abusus	Typis. nach JELIN.	alkohol- weiterer bed. somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
19	40J.	31-40J. Ø	eimal gamma	Fettleber Hepatitis	Z.n. B II	Ø	Ø	Tod der gesch. Eltern;	allein lebd., Info-Ab., etwas kontakt	Clometh. Clometh. Info-Ab., > 14 T. psychoph.	
20	46J.	31-40J. Ø < 6 Mo.	gamma	Polynuro- pathie	Z.n. B II	Epilepsie, meh- re Polytokiko- manie; SMV Eltern; verwahrlost Großva- ter Alko.	Tod verh. der SMV Eltern; Großva- ter Alko.	problem.	beim Info-Ab. Ehepartverwahr. ner Soz. Arb. Clometh. Sucht- < 14 T., fachkl. Soz. Arb. Suchtfachkl.		
21	36J.	16-20J. eimal < 6 Mo.	eimal gamma	Fettleber, Zirrhose, Gastritis Polynurop.	Z.n. B II	hyster. Per. Ø depress. N. verwahrlost	Geburts- kompl.; wied. Tod des verh. Vaters; overpro- tektives Elternh.	gesch. problem.	beim Info-Ab. Ehepart- AA, ner Suchtfachkl.	Info-Ab. Suchtfachkl.	
22	26J.	vor den 16 Jbj Ø	mehr als eimal gamma	Hepatitis	Ø	Epilepsie, SMV Angstneur. hyster. P. Drogenabus. verwahrlost	schwere led. org. Erk. broken home; Mutter SM	-----	fester Partner Verh. Th. < 14 T., Suchtfachkl.	Info-Ab. Clometh. Verh. Th. < 14 T., Suchtfachkl.	

Tab. 23a) - männliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil IV

Pat. Nr.	Alter	Beginn des Trinken- pausen Abusus	Delir	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. Erkrank.	weitere somat. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
23	29J.	16-20 Jb.	Ø	gamma	Ø	Ø	Magenulcus	Oligophren. Polytoxiko- manie	Verd. schw. auf re org. SWV Erkrank., psych. auffäll.	Ø	-----	bei den Eltern AA	Info-Ab. AA, Selbsth. G. Clometh. > 14 T., Suchtfachk.	Verh. f. AA, Clometh. < 14 T.
24	30J.	16-20J. eimal < 6 Mon.	Ø	gamma	Fettleber	Ø	Ø	Epilepsie	Ø	psych. led. auffäll.	-----	?	Info-Ab. Info-Ab. Suchtfkl. Suchtfkl. Clometh. < 14 T.	
25	53J.	?	Ø	delta	Hepatopa- thie	AVK mit Amputa- tion des Beins.	Z.n. B II	haltlose Pers.	Ø	Großvater und Brü- der Alkohol.	-----	allein ltd., keinen Kontakt	Verhalt. Psycho-pharm. Therapie	
26	62J.	?	Ø	gamma	Hepato- pathie; Polyneu- ropath.	Bronchit. Herzins. Z.n. Steril- lisation	Z.n. Z.n. Herzinfarkt	verwahr- lost	Ø	schwere org. Erkr. psych. auffäll.	-----	in Hei- men le- bend	Clometh- < 14 T.	
27	63J.	?	Ø	nicht einzu- ordnen	Gastritis	Bronchitis	Z.n. Herzinfarkt; Angina pect.	Epilepsie Polytoxiko- manie	Ø	?	verh. intakt	beim Ehepart- ner	-----	Psycho- pharm.
28	34J.	21-30J. mehrm. < 6 M.	Ø	nicht einzu- ordnen	Fettleber	Tbc mit Z.n. Lob- ektomie; Tonsillitis	Ulcus duodeni; Neurose, psychogene Herzanfälle	hypocond. Neurose, psychogene Herzanfälle	Ø	Ø	verh. intakt	mit Familie	Psycho- analyse; pharm. Info-Ab.	

Tab. 23a) - männl. Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil V

Pat. Nr.	Beginn des trinkpausen Abusus	Typis. nach Delir JELLIN.	alkohol- bed. somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV in Kh. od. Jugd.	Famil. Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag., Thera.	durch- gef.
29	42 J. 16-20 J.	Ø	gamma Pettleber Hepatitis	Ø	Adipositas	Ø	Ø	mit Familie	Disulf., Info-Ab. Verhal. T.	Info-Abd.
30	38 J. 16-20 J.	mehrm. 6-12 Monate einmal	gamma Hepato- pathie; Pankrea- titis	Ø	Ø	Ø	Ø	intakt	Cloneth. Info-Ab. AA	Info-Ab. Selbsth. Gr.
31	33 J. 21-30 J.	Ø	gamma Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	verh. gesch.	allein led., etwas Kontakt	Selbsth. Gr. Suchtfachkl.
32	32 J. 16-20 J.	mehrm. < 6 Mo. als einmal	gamma Hepatopa- thie	Gonorr- hoe	Ø	Ø	Ø	allein	allein led., etwas Kontakt	---
33	30 J. 16-20 J.	einmal < 6 Mo.	gamma Hepatho- pathie	Ø	Ø	Ø	Ø	problem.	beim Ehe- partner	Verwahrt

Tab. 23a) - männl. Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil VI

Pat. Nr.	Beginn Trink- des pausen Abusus	Typis. nach JELLIN.	alkohol- bed. som. somat. Erkrank.	weitere Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SWV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Ehequa- lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. Thera.	durch- gef. Thera.
34	49 J. 16-20 J.	gamma	Leber- zirrhose	infizier- te Ver- letzung	Z.n. Herz- infarkt	Anfalls- leiden; V.a. Kor- sakov	Ø	Ø	gesch. wieder verh.	bei den Eltern	Verwahrt	Selbsthilfe-G.
35	48 J. ?	gamma	Hepatopa- thie; Polyneurop.	Ø	Z.n. B II Stenocar- dien	depress. Neurose; erregbar. Pers.	SWV	psych. auffäll.	verh. problem.	mit Familie	Verwahrt	Verwahrt
36	44 J. 31-40 J.	gamma	Gastritis Fettleber Hepatitis	Ø	Z.n. Herzinfarkt	Ø	Ø	Ø	gesch.	bei den Eltern	Verwahrt	Verwahrt
37	39 J. 31-40 J.	gamma	Polyneuro- pathie; Fettleber Zirrhose; Hepatitis	Ø	Adipositas	Epilepsie; Impotenz; depress.N. Polytoxiko- manie; Verwahrlost	SWV	Ø	verwit- wet	in Heimen lebend	verwahrt	Verwahrt

Tab. 23a) - männliche Alkoholiker mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten, Teil VII

Pat. Nr.	Beginn Trinken des Abusus	Typis. nach JELIN.	alkohol- weitere bed. som. somat. Erkrank. Diagn.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	Besond. in Kn. od. Jugd.	Famil. Equa- stand lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. gef. Thera.	durch- gef. Thera.
38	47 J. 21-30 J. mehrm. < 6 Mo.	γ	Ø	Struma; Chole- zystepto- Orchitis	Ø	Polytoxikomanie	Vater + 1 vern. Brüder Alkohol.	beim Ehe- partner	Gesprächst. Info-Abd. therap. partnerSuchtfachkl. Info-Ab.	Gesprächs- therap. Info-Gr. AA; Selbsthil.Gr.
39	62 J. 21-30 J. mehrm. < 6 Mo.	γ	Ø	Gelenk- rheuma	Z.n. B II	Epilepsie; Potenzstör. OPS; Verwahr- lost	schwere org. Erkr.	----- fester Partner therap. Info-Gr. AA; Selbsthil.Gr.	Gruppen-Gruppenth. therap. Info-Gr. AA; Selbsthil.Gr.	
40	26 J. 16-20 J. < 6 Mo.	γ	Ø	Hepatop. Polyneuro- pathie	Ø	asthen. persönl.; psychogene Annesien	psych. led. Auffäll. Vater Alkohol.	----- bei den Soz. Arb. Eltern Suchtfkl.	Soz. Arb. Suchtfkl.	
41	44 J. 21-30 J. Ø	δ	Lues Gastritis	Ulcus duodeni	haltlos. P. depress. N. homosexuell Drogenabus	Ø	Ø	----- fester Partner Arche	Soz. Arb. Clameth. < 14 T.	

Tab. 23a) - männliche Alkoholiker mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten, Teil VIII und Schluß

b) weibliche Patienten

- Pat. 1: Wiederaufnahme im Juni 1974 wegen Alkohol- und Tablettenintoxikation. Erhöhung der Transaminasen
- Pat. 2: wurde bis Februar 1975 im MPI erfolglos behandelt; September 1979: Wiederaufnahme wegen Alkohol- und Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht
- Pat. 3: Wiederaufnahme im April 1980: Pat. trinkt täglich ca. 100 ml reinen Alkohol
- Pat. 4: erneute Aufnahme im Juli 1978 im MPI: paranoide Psychose und Gewohnheitsalkoholismus
- Pat. 5: Juni 1974: erneute Einweisung ins MPI, da Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat. 6: März 1974: Behandlung wegen akuter Alkoholintoxikation
- Pat. 7: Wiederbehandlung im Juni 1975 wegen Rückfalls
- Pat. 8: im Juni 1976 erneute Behandlung im KMS und MPI wegen Rückfalls in alte Trinkgewohnheiten
- Pat. 9: im August 1977 Behandlung wegen Alkohol- und Tabletten mißbrauchs; Pat. war zwischenzeitlich zweimal stationär im Bezirkskrankenhaus behandelt worden
- Pat.10: im August 1974 erneute Behandlung im Bezirkskrankenhaus wegen Rückfalls
- Pat.11: blieb einen Monat nach Behandlung im MPI abstinent, trank dann wieder ca. 300 ml Alkohol täglich. Im Oktober 1975 Diagnose einer alkoholischen Polyneuropathie
- Pat.12: wurde 1976 ins Bezirkskrankenhaus verwahrt; Diagnosen: Alkohol- und Tablettenabusus; M. Korsakow

- Pat.13: wurde im Juli 1975 nach Haar verwahrt;
Diagnosen: Alkohol- und Tablettenabhängigkeit
- Pat.14: war bis 1979 fünfmal im Bezirkskrankenhaus behandelt worden; 1979 Pfllegschaft
- Pat.15: wurde 1974 ein halbes Jahr stationär im
Bezirkskrankenhaus behandelt; blieb bis Mai 1975
abstinent, dann jedoch Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.16: im April 1975 Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.17: 1977 erneute Vorstellung im MPI; Diagnose eines
chronischen Alkoholabusus mit Verdacht auf
Prädelir
- Pat.18: im Januar 1975 Rückfall in alte Trinkgewohnheiten
- Pat.19: im Oktober 1976 Alkohol- und Tablettenintoxikation
bei Partnerkonflikt

Die Patienten werden in Tab. 23b) näher beschrieben.

Pat. Nr.	Beginn Trinkpausen	Typis. nach Delir JELIN.	alkohol- weitere bed. som. Erkrank.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV in Kh. od. Jugd.	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. stand wieder verh.	sozial. Kontakte	vorge-schlag. Thera.	durch-gef. Thera.
1	39J. 21-30 J.	Ø	Fettleber	Adipositas	depress. Neurose	SMV	Ø	gesch.	bei den Kindern	Verhalt. T. Clometh. Info-Abd. < 14 T., Psychoph.	
2	25J. 16-20 J.	Ø	Hepato-pathie	Ø	Anorgasmie depress. N. SMV auffäll. Polytoxikomanie; homosexuell	SMV	psych. brocken; home; Mutter Alkohol.	led.	allein lbd., etwas Kontakt	Clometh. Clometh. Disulf. < 14 T. Psychop. Disulf. Psychoph. Soz. Arb. Gesprächsth.	
3	30J. 21-30J. einmal < 6 Mo.	Ø	Fettleber Polyneuropathie	Ø	hyster. Pers., Depress. N. Grand Mal	Ø	Ø	gesch.	mit festem Partner	Info-Abd. Info-Abd.	
4	48J. 31-40J.	frgl. gamma	Ø	Ø	schizo- affekt. Psy. Polytoxikomanie	Ø	Frühneu- getrennt rotizis. Familie. psych. auffäll.	---	allein lbd., etwas Kontakt	Clometh. Clometh. Soz. Arb. < 14 T., Psychophar. Soz. Arb.	
5	53J. ?	Ø	Hepatopath. Struma Polyneurop. Diab. mell., Harnwegsinfekt	Ø	Verwahrlost. Schlafmitelabusus	Ø	?	gesch.	mit festem Partner	psychop. Psychop. Soz. Arb. Clometh. < 14 T., Soz. Arb.	

Tab. 23b) - weibliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil I

Pat. Nr.	Beginn des Trinkpausen	Typis. nach Delir JELIN.	alkohol- weitere bed. som. Erkrank.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	Besond. in Kh. od. Jugend.	Famil. Ehequalität	sozial. Kontakte	vorge-schlag. Thera.	durch-gef. Thera.
6	28J. 21-30 J.	Ø	Ø	Ø	depress. Neurose	mehrf. SW	gesch. -----	mit festem Partner	Gesprächs- ?	
7	37J. 21-30 J.	Ø	Gastritis; Polyneurotis; pathie, Harnwegs- infekt se	Allergien; depress. Amenorrhoe vegetative Dystonie	Ø	Frühneurotizis. Fam. psych. auffällig; Vater Alkohol.	-----	bei den Kindern	Info-Abd. Clometh. >14 T., Psychoph., AA	
8	25J. 21-30 J.	Ø	alpha	Hepatopa- Pankreat.	Ø	Grand Mal Schlafmit- telabusus	led.	bei den Eltern	Gruppen-Gruppentherap., Gesprächst.	
9	46J. 31-40 J.	mehrm. 6 Mo.	Ø	Gastritis; Hepatopa.	Adipositas; Magenulcus	Polytoxikomanie	Bruder Alkohol. wieder verh.	problem. mit Familie	Clometh. Clometh. Info-Abd. < 14 T. Psychoph. Info-Abd. Gruppenther. Suchtfachkl. Soz. Arb.	
10	41J. 21-30 J.	Ø	gamma	Hepatopa- thie; Polyneuro.	Herzphobie	depress. N. Minderber- rere home; gabung; SW Polytoxikomanie	mehrf. broken gesch.	in Heimen lbd.	Info-Abd. Sucht- Suchtfachkl. fachkl. Soz. Arb.	

Tab. 23b) - weibliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten - Teil II

	Beginn Trink- des pausen er Abusus	Typis. nach JELLIN.	alkohol- weitere bed. som. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SW	Besond. in Kh. od. Jugd.	Familien- stand lität	sozial. Kontak- te	vorge- schlag. gef. Thera.	durch- gef. Thera.			
11	9J. 16-20 J.	ø	frgl. gamma	Fettleber Polyneuro- pathie	ø	ø	ø	ø	led.	-----	allein lbd., gel. Abd. Kontakt Soz. Arb.	Info- Clometh. > 14 T.		
12	40J. vor dem 16. Lbj.	ø	gamma	ø	Kachexie, Anämie; Sterili- sation	OPS, SMV verwahrlost. Schlafmittel- abusus	Tod des gesch. Vaters; Stiefva- ter Al- kohol.	-----	mit fe- stem Partner	-----	Suchtfach- klinik			
13	36J. ?	mehrm. < 6 Mon.	ø	epsi- lon	Hepathop- schoft; kompl. Schenkel- fraktur	vegetative Anfalls-SW leiden; Dystonie asthen. Per. depress. N. Demenz; Poly- toxikomanie	ø	ø	led.	-----	mit fe- stem Partner	Arche		
14	58J. 51-60 J.	mehrm. < 6 Mo.	ø	gamma	Gastritis z.n. Zirrhose; Fehlge- burt	ø	Schlafmit- telabusus; verwahrlost.	ø	broken home	-----	allein lbd., ohne Soz. Arb. Kontakt AA	Info-Ab. Sucht- fachklinik		
15	27J. 16-20 J.	mehrm. < 6 Mo.	ø	gamma	Gastritis Polyneuro- pathie	ø	Anorgasmie; depress. N. Verwahrlost.	ø	broken gesch. home; psych. auffäll.	-----	allein lbd., Disulf., etwas Kontakt	Clometh. Disulf. Gesprächst. Gruppent. Analyse, Gesprächs- Gruppenth. Info-Info-Abd. fachklinik < 14 T., Soz. Arb.	Clometh. Disulf. Gesprächst. Gruppent. Analyse, Gesprächs- Gruppenth. Info-Info-Abd. fachklinik < 14 T., Soz. Arb.	AA, Selbst- hilfegr., Suchtfachkl.

Tab. 23b) - weibliche Patienten mit Rückfall in die alte Trinkgewohnheit - Teil III

Pat. Nr.	Alter	Beginn Trinken des Abusus	Typis. nach JELLIN.	alkohol- weitere bed.som. somat. Erkrank. Diagno.	psychosom. Diagnosen	psychiat. Diagnosen	SMV	Besond. in Kh. od. Jugd.	Famil. Ehequalität	sozial. Kontakte	vorge-schlag. Thera.	durch-gef. Thera.
16	33J.	16-20 J.	einmal gamma	Pettleber Atelektase Gastritis Hepatitis Pankreatitis, Polyneurop.	Amenorrhoe	depress. Neurose; M.Korsakow; verwahrt.	Ø	früher gesch. Tod eines Elternteils broken home	-----	allein, etwas Kontakt	Verwah- rung < 14 Tage	
17	44J.	31-40J. mehrm. < 6 Mo.	Ø gamma	Zirrrose Herzinsuff.	Ø	GrandMal depress.N. exogene Psychose; Schlafmitt. abus. OPS	SMV	psych. verh. Erkr.i. d.Fami.	problem. mit Ehepart-Info-Ab, Gesprächst. net Disulf. Disulf.	Famil. T. Famil.-Th.		
18	39J.	31-40J. mehrm. < 6 Mo.	Ø gamma	Gastroduodenitis; Kardionyp.	Dysmenorrhoe vegetative Dystonie	Ø	SMV	Ø led.	-----	bei den Eltern	Verhalt. Info-Abd.	Verhalt. T. Info-Abd.
19	30J.	?	Ø nicht einzuordnen	Psoriasis	Ø	Polytoxikomanie Jugend Halbruder Alkohol.	SMV	früher led. Tod e. i.d. Elternte. Jugend Halbruder Alkohol.	-----	bei den Eltern	Soz. Arb. ?	

Tab. 23b) - weibliche Patienten mit Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten, Teil IV und Schluß

4. Diskussion

4.1. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anamnese alkoholkranker Patienten

Der Anteil an Frauen in unserem Patientenkollektiv beträgt 33% und entspricht somit genau jenem Wert, der nach einer Untersuchung von WIESER und FEUERLEIN (80) zu erwarten ist.

4.1.1. Diagnose des Alkoholismus

Der Anteil an chronischen Alkoholikern liegt bei den Männern bei 64,4%, bei den Frauen bei 72,3%, während die Gewohnheitsalkoholiker 19,9% bei den Männern und bei den Frauen 10,6% ausmachen, wobei in einer Untersuchung von FEUERLEIN et al. (27) das Überwiegen der männlichen Gewohnheitstrinker bestätigt wird.

Die Untersuchung des Kontrollverlusts, der physischen und psychischen Abhängigkeit ergibt gemäß den Definitionen JELLINEKS (35) folgendes Bild: 7,3% der Männer und 17,0% der Frauen sind alpha-Alkoholiker, 56% der Männer und 54,2% der Frauen werden dem gamma-Alkoholismus zugeordnet, 21,5% Männer und 8,5% Frauen erwiesen sich als delta-Trinker, während 5,7% der Männer und 6,4% der Frauen den epsilon-Typ repräsentieren. Die Tatsache, daß in der Klassifizierung nach JELLINEK um 18% weniger süchtige Alkoholikerinnen zu finden sind als bei den chronischen Alkoholikerinnen nach der ICD-Klassifizierung, läßt sich vermutlich durch den Effekt erklären, daß ein relativ hoher Anteil an weiblichen Konflikttrinkerinnen bereits deutliche Tendenzen zum Suchtverhalten zeigte und in der ICD-Klassifikation bereits zum Diagnosenbereich des chronischen Alkoholismus zugeordnet wird.

Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede seien im folgenden aufgezählt.

4.1.2. Trinkgewohnheiten

Frauen beginnen in einem höheren Lebensalter mit dem Alkoholkonsum (34,% der Frauen und 16,2% der Männer beginnen im Alter von 30-60 Jahren). Der Alkoholverbrauch der weiblichen Patienten in den letzten beiden Jahren vor der Erfassung war in höherem Maße ansteigend (41,5% der Frauen und 25,6% der Männer gaben dies an) als der der Männer. Männer trinken jedoch mehr Alkohol (40,8% der Männer und 31,9% der Frauen trinken täglich zwischen 200-300ml; 15,7% der Männer und 2,1% der Frauen trinken täglich mehr als 300 ml); die Häufigkeit des Alkoholkonsums (täglich, fast täglich, periodisch, episodisch) ist jedoch bei beiden Geschlechtern annähernd gleich. Auch hinsichtlich der Trinkzeiten (morgens, mittags, abends) unterscheiden sich die Geschlechter nicht wesentlich, wobei allerdings die Frauen häufiger (11,7%) unregelmäßige Trinkzeiten angaben als die Männer (5,7%). Jedoch gaben mehr Männer (41,4%) als Frauen (35,1%) an, noch nie mit dem Trinken pausiert zu haben. Wie zu erwarten war, trinken mehr Frauen (65,9%) als Männer (29,8%) allein, dementsprechend geben auch 65,9% der Frauen an, vornehmlich zu Hause zu trinken, während 24,1% der Männer am häufigsten zu Hause, 23,6% in der Gaststätte und 14,6% im Betrieb trinken.

Einige unsere hier erwähnten Befunde stimmen mit denen von WALLER et al. (75) nicht überein: dieser gibt keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Art und Menge der konsumierten Getränke und der Trinkgesellschaft an. WANBERG et al. (77) berichten,

daß Männer härtere Getränke bevorzugten als Frauen; er stimmt mit uns jedoch darin überein, daß Frauen vornehmlich allein trinken würden; weiterhin würde das Trinken ohne Gesellschaft mit zunehmendem Alter ansteigen. Dies paßt recht gut zu unserem Ergebnis, daß Frauen in höherem Lebensalter als Männer mit dem Alkoholmißbrauch beginnen, eine Beobachtung, die auch DAHLGREN (16) machte. GOMBERG (23) kam zu ähnlichen Ergebnissen wie wir: Frauen trinken bevorzugt zu Hause, allein und beginnen mit dem Alkoholmißbrauch später, obwohl beide Geschlechter in etwa dem gleichen Alter erstmals zur Behandlung kommen; Ähnliches berichtet auch MULFORD (51).

Rauschtrinken mußte in verstärktem Maße bei Männern beobachtet werden: 23,0% sind ein bis dreimal monatlich und 16,2% ein bis dreimal wöchentlich betrunken (Frauen: 13,8% ein bis dreimal monatlich, 12,8% ein bis dreimal wöchentlich). Weiterhin ist auffällig, daß 30,8% der Frauen Schnaps (Männer: 6,8%) bevorzugen, während die Kombination Bier und Schnaps von Männern (22,0%) favorisiert wird (Frauen: 4,2%). Bier trinken mehr Männer (40,3%) als Frauen (15,9%).

4.1.3. Entzugssyndrom

Unter dem physischen Entzugssyndrom (auch Verdachtsdiagnosen) leiden Frauen stärker als Männer: 63,8% Frauen klagen über Brechreiz (Männer 55,5%), 61,7% Frauen über Appetitstörungen (49,2% Männer), 78,7% Frauen über Schlafstörungen (57,1% Männer) und 52,1% Frauen über Hyperhidrosis (43,4% Männer). Tremor scheint bei beiden Geschlechtern gleich häufig vorhanden zu sein, während die Männer häufiger unter entzugsbedingten epileptischen Anfällen leiden (23,6% Männer, 12,8% Frauen).

Die Symptome des psychischen Entzugssyndroms lassen sich folgendermaßen beschreiben (auch Verdachtsdiagnosen sind in den Zahlen enthalten):

Im gleichem Ausmaß litten Männer wie Frauen unter Reizbarkeit (60,2% Männer, 59,6% Frauen), unter Gedächtnis- und Orientierungsstörungen (47,1% Männer und 45,7% Frauen). Mehr Frauen (88,3%) als Männer (64,4%) sprachen über Angst oder depressive Verstimmungen, während mehr Männer (22 (22,0%) als Frauen (17,0%) Halluzinationen oder Wahnideen schilderten.

4.1.4. Vitalstörungen

Es überrascht auch nicht, daß mehr Frauen als Männer über Vitalstörungen klagten: 37,2% Frauen (25,1% Männer) berichteten von Gewichtsverlust, 27,6% Frauen (7,8% Männer) klagten über Obstipation und 35,1% Frauen (18,3% Männer) über Kopfschmerzen.

4.1.5. Psychische Folgekrankheiten des Alkoholismus

Von den psychischen Folgekrankheiten des Alkoholismus sind beide Geschlechter etwa in gleichem Ausmaß betroffen. LEVITIN et al. (40) betonen allerdings, daß Frauen nach kürzeren Alkoholanamnesen eine Psychose entwickeln.

4.1.6. Physische Folgekrankheiten des Alkoholismus

Das männliche Geschlecht leidet in größerem Umfang (18,8% aller Männer mit nur alkoholbedingten somatischen Diagnosen) als das weibliche Geschlecht (13,8% aller weiblichen Patienten bieten nur alkoholbedingte somatische Erkrankungen) an folgenden Erkrankungen: Fettleber (31,4% Männer, ein Wert der mit der von LELBACH (38) genannten Zahl von 33% recht gut übereinstimmt ; Frauen: 19,1%),

Gastritis (19,9% Männer, 12,8% Frauen), Polyneuropathie (20,4% Männer, 15,9% Frauen), während die Frauen in höherem Maße (18,1%) als die Männer (15,7%) an nicht genauer abgeklärten Lebererkrankungen leiden. Hepatitis, Zirrhose, ZIEVE-Syndrom und Pankreatitis treten bei beiden Geschlechtern in etwa der gleichen Häufigkeit auf, wobei DAHLGREN (17) jedoch angibt, daß mehr Frauen an Leberzirrhose sterben. Da ASHLEY et al. (4), ferner MULFORD (51) zu dem Ergebnis kamen, daß Frauen in kürzerer Zeit an alkoholbedingten Erkrankungen zu leiden beginnen, müssen wir annehmen, daß die Patientinnen unseres Kollektivs eher zur Behandlung kommen als Männer.

4.1.7. Somatische Nebendiagnosen

Addiert man die alkoholbedingten Erkrankungen zu allen anderen internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Diagnosen, ergibt sich folgendes Bild: mehr Männer (42,9%) als Frauen (38,2%) leiden an organischen Erkrankungen. Männer boten in verstärktem Ausmaß folgende Diagnosen: chronische Bronchitis (7,8% Männer, 2,1% Frauen), Diabetes mell. (8,4% Männer; 3,2% Frauen - wobei die Diagnose Diabetes mell. nach LUNDQUIST (43) allerdings in direktem Zusammenhang mit dem Alkoholabusus zu sehen ist) und chirurgische Diagnosen (32,4% Männer; 15,9% Frauen), die vor allem Magenresektionen und Unfalloperationen (sicherlich auch teilweise alkoholbedingt, OPPENHEIM (52)) beinhalten.

Weibliche Patienten sind hingegen in verstärktem Ausmaß von Harnwegsinfektionen (9,6% Frauen; 2,1% Männer) betroffen, eine Tatsache, die nicht überrascht, und die auch vermutlich nur sekundär mit dem Alkoholabusus zusammenhängen

dürfte. Weiterhin bieten die weiblichen Patienten eine Fülle gynäkologischer Diagnosen, wobei hier nur erwähnt werden soll, daß 11,7% der Patientinnen eine Fehlgeburt erlitten hatten. Dies ist übrigens ein Wert, der recht gut mit dem von 15,6% spontanen Aborten bei Alkoholikerinnen eines anderen Kollektivs übereinstimmt, von dem MOSKOVIC (50) berichtet. Weiterhin bestätigt RYBACK (60) unsere Beobachtung, daß Alkoholismus mit plötzlich auftretender Amenorrhoe verbunden sein kann. Auch GOMBERG (33) und BECKMANN (8) sehen einige Zusammenhänge zwischen gynäkologischen Erkrankungen und der Entstehung von Alkoholismus, wobei GOMBERG die Frage aufwirft, welche dieser Erkrankungen - Alkoholismus oder gynäkologische Diagnosen - die andere bedingt.

4.1.8. Psychosomatische Diagnosen

44,0% der männlichen und 40,4% der weiblichen Patienten litten an einer, 7,8% der männlichen und 10,6% der weiblichen Patienten an mehreren psychosomatischen Diagnosen. Männer boten in verstärktem Ausmaß folgende Erkrankungen: Herzinfarkt (3,1% Männer; 0% Frauen), Hypertonus (7,3% Männer, 2,1% Frauen), Magenresektion (14,1% Männer, 2,1% Frauen), während mehr Frauen an Migräne litten. Einige Autoren sehen allerdings den Hypertonus in direktem Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum. So weist PETERSON (54) darauf hin, daß bei vielen als essentiell hypertensiv diagnostizierten Patienten innerhalb ein bis zwei Wochen normale Blutdruckwerte gemessen werden, wenn diese Patienten sich nur so lange des Alkohols und antihypertensiver Medikamente enthielten. LINKOLA (41) führt aus, daß renale tubuläre Mechanismen während der Alkoholintoxikation zu einer Anhäufung von Kalium und Wasser führten und so den Blutdruck erhöhten.

Insgesamt deutet die Verteilung der psychosomatischen Diagnosen jedoch darauf hin, daß Männer bevorzugt unter solchen Erkrankungen leiden, die durch Streß im Berufsleben erzeugt worden sein könnten. Bei männlichen Patienten ist ja auch ein problematisches Berufsleben nach einer Untersuchung von FEUERLEIN (24) ein wichtiger pathogenetischer Faktor bei der Entstehung des Alkoholismus.

4.1.9. Neurologische Erkrankungen

Auch bezüglich neurologischer Erkrankungen sind Männer in verstärktem Ausmaß repräsentiert: 23,6% leiden an Epilepsien (12,8% Frauen), und 22,0% Männer hatten ein Schädel-Hirntrauma erlitten (7,4% Frauen).

4.1.10. Besonderheiten in Kindheit und Jugend des Patienten

Bei Frauen hingegen finden wir mehr anamnestische Besonderheiten in Kindheit oder Jugend; dies sowohl hinsichtlich des Auftretens einer einzigen Auffälligkeit als auch in derem gehäuften Vorhandensein. Frauen wurden in verstärktem Ausmaß von folgenden Situationen geprägt: broken home (36,2% Frauen, 22,5% Männer), Alkoholiker in der Familie (13,8% Frauen, 10,5% Männer), weiteres Suchtverhalten in der Familie (4,2% Frauen, 2,1% Männer), Selbstmordversuch und Suizid in der Familie (11,7% Frauen, 5,2% Männer), weitere psychische Erkrankungen in der Familie (11,7% Frauen, 6,8% Männer). Männer hingegen berichteten vornehmlich von folgenden Ereignissen: schwere organische Erkrankung (17,3% Männer, 11,7% Frauen), früher Verlust eines Elternteils (17,3% Männer, 7,4% Frauen), eigene psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend (20,9% Männer, 15,9% Frauen).

Aus diesen Daten geht hervor, daß in der Verwandtschaft alkoholkranker Frauen häufiger psychisch erkrankte Menschen zu finden sind als bei den männlichen Patienten unseres Kollektivs; dieser Befund wird von BECKMAN (8), ferner von COTTON (14) und von WINOKUR et al. (83) bestätigt. WINOKUR sieht aufgrund dieser und anderer Tatsachen Alkoholismus als familiär bedingte Krankheit an und erwähnt im übrigen die Möglichkeit einer an das X-Chromosom gebundenen Vererbung des Alkoholismus; dies ist eine Hypothese, die auch SPALT (68) vorträgt. Auch SCHUCKIT et al. (61) betonen, daß die Familienanamnese des Patienten ein wichtiges nosologisches Kriterium für die Bestimmung des Alkoholismus sei. BATTEGAY (6) kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, daß Einflüsse während der Kindheit des Patienten bedeutsamer für die Entstehung von Alkoholismus sei als seine körperliche Prädisposition, während TEMPLER et al. (71) die positive Korrelation zwischen Alkoholismus des Patienten und seiner Familie hervorheben.

4.1.11. Psychiatrische Diagnosen

Bezüglich der Gesamtheit der psychiatrischen Nebendiagnosen sind die Männer zwar insgesamt stärker (81,1%) repräsentiert als die Frauen (77,6%), jedoch wurden mehr Frauen (33,0%) als Männern (26,2%) zwei psychiatrische Diagnosen zuteil. Bei folgenden Diagnosen war der Anteil der Frauen deutlich höher: Neurosen (42,5% Frauen, 27,2% Männer), Suizidversuche (43,6% Frauen, 29,3% Männer; - Patientenzahlen, die deutlich über der entsprechenden von MORRISSON et al. (18) von 26,7% liegt), Schlafmittelmißbrauch (36,2% Frauen, 14,1% Männer), Schmerzmittelmißbrauch (24,5% Frauen, 7,3% Männer), Psychopharmakamißbrauch (21,3% Frauen, 18,3% Männer), Polytoxikomanie (25,5% Frauen, 15,2% Männer).

Bezüglich der Überrepräsentanz der Frauen an depressiven Neurosen, Suizidversuchen, Medikamentenmißbrauch- und Abhängigkeit, liefern uns WINOKUR et al. (84) eine interessante Theorie: Alkoholismus manifestiere sich in einem Spektrum verschiedener Umstände, wobei Männer dazu tendierten, sich als alkoholabhängig zu offenbaren, Frauen jedoch dazu, depressiv zu werden. Diese Hypothese läßt sich anhand unserer Zahlen wohl unterstützen. RAUCHFLEISCH (57) weist in einer Studie zur Psychodynamik der Sucht auf die engen Beziehungen zwischen depressiver Neurose und Abhängigkeitsverhalten hin; diese Beziehungen lassen sich anhand unserer Zahlen bestätigen. Auch CURLEE (15) untersuchte die engen Beziehungen zwischen Depression und Alkoholismus, wobei für ihn Alkoholismus eine Selbstmedikation gegen Depression darstellt.

Im übrigen liegen die Zahlen der Patienten, die an endogener Depression und Schizophrenie erkrankt sind, nicht über dem statistisch zu erwartenden Durchschnitt. MORRISON (48) weist darauf hin, daß es keine besondere Verbindung zwischen einer manisch-depressiven Erkrankung und Alkoholismus gäbe, während RIMMER (58) dasselbe für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis angibt. FREED (28) weist allerdings auf die Beziehungen zwischen einer Alkohol-Halluzinose zur Schizophrenie hin.

Männliche Patienten waren bei folgenden psychiatrischen Diagnosen überrepräsentiert: Sexualstörungen (11,0% Männer - nach einer Untersuchung von LEMERE (39) beklagen sich 8% Alkoholiker über Impotenz -, Frauen 7,4%; dies ist ein Wert, der nach einer Studie von BECKMAN (9) über dem nicht-alkoholabhängiger Frauen liegen sollte).

Auch WHALLEY (79) berichtet übrigens über verminderte sexuelle Befriedigung bei männlichen Alkoholikern: diese sei durch eine Kombination von vermehrtem Interesse an Sexualität, Verlust der Erektionsfähigkeit und dem häufigen Fehlen eines Sexualpartners bedingt.

Weiterhin fanden wir bei männlichen Patienten häufiger Nikotinmißbrauch (31,9% der männlichen Patienten) als bei weiblichen Patienten (21,3%).

BECKMAN (8) berichtet, daß alkoholkranken Männer und Frauen sich in ihrer Persönlichkeit mehr ähnelten als nicht-alkoholkranken Männer und Frauen, eine Hypothese, die unseren Ergebnissen nicht widerspricht.

4.1.12. Zur sozialen Anamnese

Einige Anmerkungen seien noch zur sozialen Anamnese gemacht. Mehr Männer als Frauen sind ledig (32,5% Männer, 19,1% Frauen), jedoch mehr Frauen geschieden (22,3% Frauen, 14,6% Männer) - ein Wert, der wesentlich unter den von WALLER et al.(76) angegebenen von 70% geschiedenen Frauen und 50% geschiedenen Männern eines Alkoholikerkollektivs liegt - oder verwitwet (7,4% Frauen; 1,6% Männer). Der Anteil an verheirateten Patienten ist etwa gleich hoch (40,8% Männer, 41,5% Frauen).

Erhebliche Unterschiede fanden sich allerdings hinsichtlich der Ehequalität. 51,1% der verheirateten Männer und nur 24,4% der verheirateten Frauen schilderten ihre Ehe als intakt, während 71,1% der Frauen und 41,4% der Männer massive Eheprobleme schilderten. Von Scheidungsabsichten des Partners berichteten 13,3% der Frauen und 6,4% der Männer.

Die Tatsache, daß mehr Frauen als Männer unseres Kollektivs geschieden sind und daß mehr Frauen als Männer über Scheidungsabsichten des Partners berichten, läßt den Schluß zu, daß Frauen von alkoholkranken Männern eher bereit sind, bei ihrem Partner auszuharren, als umgekehrt. Diese Vermutung wird von SCLARE (62) bestätigt, wobei in einer anderen Studie beschrieben wird (2), daß auf etwa 10 Frauen, die bei ihrem alkoholkranken Gatten bleiben, umgekehrt nur ein Mann kommt. Dabei ist zu beachten, daß diese Frauen, wie sich auch in unserer Studie erwies, in großem Maße unter körperlicher Gewalt seitens des kranken Ehemannes leiden (BYLES, 12 ; GAYFORD, 29 ;). Im übrigen werden die Gattinnen alkoholkranker Männer als dominierend, masochistisch oder indifferent-passiv beschrieben (FEUERLEIN 24). Diese masochistische oder indifferent-passive Haltung der Ehefrau - oder auch Wahrnehmungsverzerrungen oder mangelnde Sensibilität des männlichen Alkoholikers - könnte auch ein Grund dafür sein, daß wesentlich mehr Männer als Frauen unseres Kollektivs ihre Ehe als intakt beschreiben.

Überraschenderweise ist die Schulbildung unserer Patienten nicht unterschiedlich hinsichtlich der Geschlechtsverteilung; die jeweiligen Prozentzahlen differieren nur gering, wobei als Ausnahme wesentlich mehr Frauen (22,3%) als Männer (12,0%) die Mittlere Reife besitzen. Hieraus könnte man schließen, daß von der Gesamtheit der Frauen

mit Alkoholproblemen diejenigen mit einem höheren Bildungsniveau eher psychiatrische Hilfe suchen. Dieser Befund stimmt überein mit den Ergebnissen von BROWNE-MAYERS et al. (11), der angibt, daß mehr als die Hälfte eines entsprechenden weiblichen Patientenkollektivs einen College-Abschluß besaß.

Das Berufsverhältnis unserer Patienten stellt sich so dar: 16,2% Männer und 4,2% Frauen sind Arbeiter, 34,0% Männer und 23,4% Frauen Angestellte oder Beamte, 9,4% Männer und 4,2% Frauen Selbständige, 12,6% Männer und 13,8% Frauen Rentner, 23,0% Männer und 14,9% Frauen sind arbeitslos, wobei aus dieser Zahl natürlich deutlich wird, daß Alkoholiker in besonderem Maße gefährdet sind, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Als Nur-Hausfrauen arbeiteten 20,2% der Frauen, als Hausfrau mit einer Nebenbeschäftigung waren 17,0% der Frauen tätig.

Der relativ hohe Anteil der männlichen Arbeiter und Angestellten und der relativ hohe Anteil der weiblichen Hausfrauen in unserem Alkoholiker-Kollektiv ließe sich nach KIELHOLZ (36) folgendermaßen erklären: Männer trinken vor allem wegen Konflikten in ihrer Arbeit, Angst vor beruflichem Versagen und der Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität, während Frauen wegen ehelicher Schwierigkeiten, fehlender Liebe und sexueller Befriedigung und aus Einsamkeit und Isolation zum Alkohol griffen (KIELHOLZ, 36 ; auch MULFORD, 51).

In der Art der hauptsächlichen Sozialkontakte sind sich Männer und Frauen recht ähnlich; Frauen leben allerdings häufiger bei ihren Kindern (11,7%) als Männer (0,5%), während bei Männern Heimaufenthalte häufiger sind

(8,9% Männer; 1,1% Frauen). Dementsprechend wechseln Männer häufiger die Wohngemeinschaft (12,6% Männer, 6,4% Frauen). Hieraus läßt sich schließen, daß alkohol-
kranke Männer häufiger als Frauen ohne festere Bindung leben, eine Tatsache, die sie nach ROBERTSON (59) eher einer psychiatrischen Behandlung zuführt.

Bezüglich der Sozialschicht unserer Patienten läßt sich erkennen, daß die Frauen unseres Kollektivs einen höheren sozioökonomischen Status besitzen, ein Befund der von zahlreichen Autoren (BECKER, 7 ; BROWNE-MAYERS, 11' ; PRATT, 56 ;) ebenso geschildert wird.

Mehr Männer (15,7%) als Frauen (1,0%) verloren den Führerschein; dies könnte analog zu unserem oben erwähnten Befund gesehen werden, daß wesentlich mehr Männer als Frauen wahrscheinlich alkoholbedingte Unfälle in ihrer Anamnese haben, wobei diese Daten auf eine größere, nach außen gerichtete Aggressivität des männlichen Alkoholikers hinweisen könnten.

4.1.13. Bisher durchgeführte Therapieversuche

Weiterhin fällt auf, daß mehr Frauen als Männer versucht hatten, ihr Alkoholproblem therapeutisch anzugehen: 11,7% Frauen waren bereits einmal ambulant untersucht worden (8,9% Männer), 22,3% Frauen waren in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen (17,8% Männer) und 23,4% Frauen waren bereits ambulant und stationär therapiert worden (11,0% Männer). 23,4% Frauen und 19,9% Männer hatten bereits eine stationäre Entzugsbehandlung hinter sich, wobei jedoch 90,9% Frauen und 84,2% Männer nach weniger als 6 Monaten und 9,1% Frauen und 13,1% Männer nach mehr als sechs Monaten rückfällig wurden. Hieraus ist zu ersehen, daß Frauen bereits öfter oder eher als Männer psychiatrische Hilfe gesucht hatten, wie auch DAHLGREN (16) beobachtete, aber offensichtlich auch eher rückfällig wurden.

Therapievorschläge und Therapieversuche bei alkoholkranken Patienten

Hinsichtlich der vorgeschlagenen Therapie unterscheiden sich männliche und weibliche Patienten nicht wesentlich voneinander; bei folgenden Angeboten wichen jedoch die Prozentzahlen stärker voneinander ab:

- Disulfiram: 9,4% der männlichen und 15,9% der weiblichen Patienten
- Familientherapie: 6,3% der männlichen und 10,6% der weiblichen Patienten
- Einschaltung des Sozialdienstes wegen familiärer Probleme: 1,6% der männlichen und 6,4% der weiblichen Patienten
- Einschaltung des Sozialdienstes wegen Vermittlung eines Kuraufenthaltes: 6,3% der männlichen und 10,6% der weiblichen Patienten.

Aus diesen Zahlen geht hervor, daß weibliche Patienten vor allem wegen sozialer bzw. partnerschaftlicher Probleme (FEUERLEIN, 24) im Zusammenhang mit dem Alkoholismus in die psychiatrische Behandlung kommen; weiterhin, daß sie in besonderer Weise motiviert oder kooperativ sind, da ihnen die Disulfiram-Behandlung so häufig angeboten wird.

Allerdings konnte nicht festgestellt werden, daß relativ mehr Frauen als Männer quantitativ mehr Therapievorschläge erhielten.

Im übrigen ist das Angebot, die Informationsabende für Alkoholiker zu besuchen, der am häufigsten gemachte Therapievorschlag, der an 53,9% der männlichen und an 57,4% der weiblichen Patienten gerichtet war. Dies ist auch zu erwarten, da gerade durch den Besuch dieser Gruppe die Motivation zur Therapie gefördert und ein erster Kontakt hergestellt werden soll.

An zweiter Stelle der Vorschlagsliste steht die Gesprächstherapie, die 20,4% der männlichen und 23,4% der weiblichen Patienten angeboten wurde, dann folgt die Vermittlung in eine Suchtfachklinik, wobei sich dieser Vorschlag an 20,9% der männlichen und an 17,0% der weiblichen Patienten richtete.

Die weitere Analyse zeigt, daß psychotherapeutischen Gruppenverfahren der Vorzug vor medikamentöser Therapie gegeben wurde, wobei übrigens Clomethiazol 12,6% der Männer und 11,7% der Frauen verordnet bekamen.

Betrachtet man allerdings die tatsächlich durchgeführte Therapie, so wird deutlich, daß somatische Therapie mehr Patienten (74,9% Männer, 76,6% Frauen) erhalten als Psychotherapie.

Dies ist durch folgende Faktoren bedingt:

- Mit unserer Methodik erfaßten wir nicht nur Therapien, die auch vorgeschlagen wurden, sondern subsummierten auch teilweise weitere therapeutische Interventionen, wie in den entsprechenden Abschnitten angegeben ist. Da zahlreiche Patienten somatisch im Krankenhaus München-Schwabing behandelt wurden, gehen die dort initiierten psychopharmakologischen Behandlungen in unsere Zahlen mit ein.
- Für beide Partner - Patient wie Arzt - ist es wahrscheinlich schwieriger, eine psychotherapeutische Behandlung durchzustehen, als Medikamente zu verordnen bzw. einzunehmen. Diese Überlegung wird auch dadurch erhärtet, daß medikamentöse Behandlung zwar in nur sehr geringem Maße vorgeschlagen, jedoch nicht durchgeführt wurde - bei 3,1% der männlichen und bei 2,1% der weiblichen Patienten. Hingegen wurde die vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlung bei 23,6% aller Männer und bei

25,5% aller Frauen teilweise und bei 27,7% aller Männer und bei 23,4% aller Frauen überhaupt nicht durchgeführt.

Allerdings ist die Dauer der psychotherapeutischen Betreuung länger als die der somatischen Behandlung. Während 50,5% der Männer und 45,7% der Frauen weniger als 4 Wochen somatisch behandelt wurden, fanden wir eine weniger als einmonatige psychotherapeutische Betreuung bei 21,0% der männlichen und 18,1% der weiblichen Patienten.

Die Betreuung der weiblichen Patienten (1-6 Monate: 14,9% Frauen; mehr als 6 Monate: 21,3% Frauen) währte allerdings länger als die der Männer (1-6 Monate: 10,0% Männer, länger als 6 Monate: 17,4% Männer).

Was die Anzahl der durchgeführten Therapien betrifft, konnten wir allerdings - ähnlich wie bei den Therapie-vorschlägen - keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen.

Leider umfassen die einzelnen Therapiegruppen zu wenige Patienten, um hier genaue Aussagen treffen zu können. Doch es scheint, daß jeweils etwa derselbe Prozentsatz an Patienten an der vorgeschlagenen Therapie teilnahm - daß also keine Therapieform beliebter oder populärer ist. Ferner glauben wir, feststellen zu können, daß etwa jeweils derselbe Prozentsatz an Patienten vorzeitig die Therapie abbrach - daß also keine Therapie ihren Anspruch vollkommen verfehlte.

4.3. Therapieerfolge und prognostische Kriterien

Von 54,0% unserer Patienten (53,9% aller Männer; 54,2% aller Frauen) liegt eine katamnestische Bestimmung des Therapieerfolgs vor. Faßt man alle Patienten, die erfolgreich behandelt wurden (sei es, daß sie das Therapieziel der vollkommenen Abstinenz erreichten, mäßig tranken oder episodische Rückfälle erlitten), zusammen und vergleicht sie mit dem Kollektiv, das einen Rückfall in alte Trinkgewohnheiten zeigte, so lassen sich folgende Feststellungen treffen.

1. Bei 51,9% (50,5% Männer, 55,0% Frauen) des katamnestisch erfaßbaren Kollektivs konnte eine Besserung des Trinkverhaltens oder totale Abstinenz erzielt werden.

39,0% Patienten (39,8% Männer, 37,2% Frauen) erlitten einen Rückfall in frühere Trinkgewohnheiten.

9,1% Patienten (9,7% Männer, 7,8% Frauen) starben im katamnestischen Zeitraum.

2. Bezüglich der gebesserten Patienten läßt sich feststellen:

Das Therapieziel der völligen Abstinenz erreichten dabei 18,2% aller erfaßten Patienten (30,8% Männer, 42,8% Frauen).

Mäßigen Alkoholkonsum übten ebenfalls 18,2% aller erfaßten Patienten aus (40,4% Männer, 25,0% Frauen).

Episodische Rückfälle bei sonst mäßigem Alkoholkonsum wurden bei 15,6% aller Patienten (28,8% Männer, 31,1% Frauen) beobachtet.

Gegenüber der Methodik, mit der diese Ergebnisse erhoben wurden, ließe sich einwenden, daß die Katamnesen zu Zeitpunkten erhoben wurden, die für jeden Patienten verschieden sind. DITTMAR et al. (20) versichern jedoch, daß auch durch kurzzeitige Katamnesen keine positiveren Therapieergebnisse geliefert werden.

Allerdings dürfte die Rückfallquote unseres Gesamtpatientenkollektivs höher liegen als hier durch die katamnestisch erfaßten Patienten beschrieben wird. Wir müssen davon ausgehen, daß das Unvermögen, einen Patienten katamnestisch zu erfassen, die Wahrscheinlichkeit seines Rückfalls erhöht.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse (vgl. Tabellen 19-23) lassen sich folgende Hypothesen zur Prognose eines alkoholkranken Patienten bilden.

4.3.1. Geschlecht

Nach unserer Untersuchung ist die Prognose weiblicher Patienten nicht schlechter als die von Männern. In unserem Kollektiv sind die Zahlen gebesserter Patienten etwa gleich hoch, wobei jedoch prozentual mehr Frauen Abstinenz erzielten, jedoch mehr Männer katamnestisch mäßigen Alkoholkonsum ausübten, während die beiden Geschlechter in jeweils etwa gleichem Ausmaß episodische Rückfälle erlitten.

4.3.2. Alter

Das Durchschnittsalter unserer Patienten läßt keine prognostische Aussage zu. Unterteilt man jedoch unser Kollektiv in jüngere (16-30 Jahre), mittlere (31-40 Jahre) und ältere (41 Jahre oder älter) Jahrgänge, so ergibt sich folgendes Bild:

44,2% der männlichen und 46,4% der weiblichen Patienten, die gebessert wurden, waren zwischen 31 und 40 Jahre alt; 43,9% der männlichen Rückfallpatienten waren 41 Jahre oder älter. Für die weiblichen Rückfallpatienten konnte diese Beziehung nicht festgestellt werden; die meisten dieser Patientinnen, 36,8%, befanden sich in der Gruppe der unter Dreißigjährigen (Rückfallpatientinnen zwischen 31 und 40 Jahren: 31,5%; Rückfallpatientinnen 41 Jahre und älter: 31,5%).

Dies erlaubt den Schluß, daß die Patienten beider Geschlechter in mittlerem Lebensalter eine bessere Prognose besitzen als - vermutlich - Patienten in älteren (vor allem Männer) oder jüngeren (vor allem Frauen) Jahren.

4.3.3. Beginn des Alkoholkonsums

Je jünger das Lebensalter ist, in dem mit dem Alkoholabusus begonnen wurde, umso schlechter ist die Prognose.

Dies gilt für beide Geschlechter. Die Zahl der Rückfallpatienten, die vor dem 21.Lebensjahr mit dem Trinken begonnen hatte, beträgt bei den Männern 39,0%

(gebesserte Patienten: 34,6%) und bei den Frauen 26,3%

(gebesserte Patienten: 10,7%). Dagegen beträgt die Zahl

der gebesserten Patienten, bei denen der Beginn des Alkoholabusus zwischen 21 und 30 Jahren liegt, bei den Männern 34,6% (Rückfallpatienten: 26,8%) und bei den Frauen 42,8% (Rückfallpatienten: 31,6%).

Die gleiche Tendenz zeigt sich auch bei den Patienten, die in späteren Jahren mit vermehrtem Alkoholkonsum begannen.

4.3.4. Trinkpausen

Möglicherweise sind bereits durchgehaltene Trinkpausen ein prognostisch besseres Kriterium: so brachten es 69,2% der männlichen gebesserten Patienten und 41,5% der Rückfallpatienten zustande, eine oder mehrere Trinkpausen einzulegen, während 23,1% der männlichen gebesserten und 43,9% der männlichen Rückfallpatienten dies nicht gelang.

Dieser Befund läßt sich jedoch für weibliche Patienten nicht bestätigen, da hier die Prozentzahl gebesserter der der Rückfallpatientinnen ähnlich ist.

Dieses Kriterium bleibt also von fraglicher prognostischer Bedeutung.

4.3.5. Delir

Ein oder mehrere anamnestische Delirien oder die entsprechende Verdachtsdiagnose dürfte eine schlechtere Prognose für den Patienten beinhalten. 36,6% der männlichen und 21,0% der weiblichen Rückfallpatienten hatten bereits ein Delir durchgemacht, während die entsprechenden Prozentzahlen für die gebesserten Patienten bei 28,8% (männliche Patienten) und bei 14,3% (weibliche Patienten) liegen.

4.3.6. Somatische Erkrankungen

Ein Zusammenhang zwischen somatischen Erkrankungen und prognostischer Wertigkeit konnte nicht gefunden werden.

Betrachtet man jedoch nur die alkoholbedingten somatischen Erkrankungen, so lassen sich sehr wohl Relationen herstellen. Bei 80,5% der männlichen und bei 73,7% der weiblichen Rückfallpatienten wurden eine oder mehrere somatische Erkrankungen festgestellt, während 61,5% der männlichen und 37,5% der weiblichen gebesserten

Patienten eine entsprechende Diagnose boten.

Hieraus geht hervor, daß bereits bestehende alkoholbedingte somatische Erkrankungen die Prognose des Patienten verschlechtern.

Eine ähnliche Beziehung fand sich übrigens auch bei den psychosomatischen Erkrankungen. Auch hier erzielten männliche und weibliche Patienten ohne psychosomatische Diagnosen die besseren Therapieergebnisse. Da jedoch zahlreiche dieser Diagnosen nicht nur eine psychosomatische, sondern ebenso eine alkoholische Genese haben, wie z.B. Magen-Ulcus, handelt es sich hier vermutlich um denselben, oben beschriebenen Effekt: bereits vom Alkohol körperlich geschädigte Patienten besitzen eine schlechtere Prognose.

4.3.7. Psychiatrische Diagnosen

Eine oder mehrere weitere psychiatrische Diagnosen verschlechtern die Prognose des Patienten. So boten 92,7% der männlichen (gebesserte Patienten: 82,7%) und 94,7% der weiblichen (gebesserte Patienten: 82,1%) Patienten mindestens eine psychiatrische Nebendiagnose. Insbesondere scheinen folgende Befunde die Prognose zu verschlechtern:

- Anfallsleiden: 36,6% der männlichen (gebessert: 25,%) und 21,0% der weiblichen (gebesserte Patienten: 14,3%) Rückfallpatienten boten diese Diagnose. Wenn man davon ausgeht, daß es sich hierbei zumeist um Entzugsäquivalente handelt, könnte dies das beim Delir beschriebene Phänomen bestätigen, daß die Stärke der Entzugserscheinungen die Prognose verschlechtert.
- Persönlichkeitsstörungen: 31,7% der männlichen (gebesserte Patienten: 19,2%) Rückfallpatienten zeigten eine gestörte Persönlichkeit. Diese Beziehung konnte jedoch bei den weiblichen Patienten nicht nachgewiesen werden.

In diesem Zusammenhang sei auf eine merkwürdige Konstellation hingewiesen:

bei 25,0% der männlichen und bei 16,7% der weiblichen Patienten, die das Therapieziel der Abstinenz erreichten, wurde eine schizoide Persönlichkeitsstruktur beschrieben, wobei im Gesamtkollektiv nur 2,8% aller Patienten dieselbe Struktur zugeteilt bekamen. Dies würde bedeuten, daß zumindest bei den so gearteten männlichen Patienten die Prognose wesentlich günstiger ist.

- depressive Neurose: diese Diagnose scheint bei den männlichen Patienten die Prognose zu verbessern, während bei den Frauen das Gegenteil festgestellt werden muß. So wurden 21,9% der männlichen Rückfallpatienten (gebesserte Patienten: 30,8%) als neurotisch depressiv beschrieben, während 52,6% der weiblichen Rückfallpatienten und 28,6% der gebesserten Patientinnen dieselbe Diagnose boten.

Dieser Befund mag widersprüchlich erscheinen, doch könnte durch die hohe Anzahl weiblicher depressiver Rückfallpatientinnen deutlich werden, daß bei ihnen gravierende soziale und psychologische, die Prognose verschlechternde Faktoren vorhanden sind, worauf diese Frauen mit einer depressiven Neurose reagieren.

- Verwahrlosungstendenzen der Patienten verschlechtern die Prognose. So wurden bei 34,1% der männlichen (gebesserte Patienten: 5,8%) und bei 26,3% der weiblichen (gebesserte Patienten: 7,1%) entsprechende Aspekte festgestellt.

Hierbei kann davon ausgegangen werden, daß die Stärke der Verwahrlosung eng mit der Schwere des Alkoholismus verknüpft ist. Daraus ließe sich schließen, daß die Prognose des Alkoholismus umso schlechter ist, je gravierender dieser ist.

- Medikamentenmißbrauch- oder Abhängigkeit verschlechtert die Prognose. Bei 39,0% der männlichen (gebesserte Patienten: 25,0%) und bei 57,9% der weiblichen (gebesserte Patientinnen: 32,1%) Rückfallpatienten wurde diese Diagnose festgestellt.
- Ein Suizidversuch in der Anamnese verschlechtert die Prognose. So hatten 34,1% der männlichen (gebesserte Patienten: 25,0%) und 47,4% der weiblichen (gebesserte Patienten: 42,8%) Rückfallpatienten bereits einen Selbstmordversuch unternommen.
Auch hier kann festgestellt werden: je desolater der Zustand des Patienten ist, umso schlechter ist seine Prognose.

4.3.8. Besonderheiten in Kindheit und Jugend der Patienten

Die Fülle der Angaben, die gebesserte Patienten über Besonderheiten in ihrer Kindheit und Jugend und über psychiatrischen Erkrankungen in ihrer Familie machen, ist quantitativ größer als die Berichte, die Rückfallpatienten hierüber geben.

Man könnte nun annehmen, daß dies tatsächlich einer größeren Anzahl anamnestischer Auffälligkeiten in der Lebensgeschichte gebesserter Patienten entspricht. Wahrscheinlicher ist jedoch, daß die größere Bereitschaft, offen über sich zu sprechen verbunden mit einer größeren Motivation zur Therapie ist, was für die Prognose günstiger und durch diese Daten belegt ist.

4.3.9. Familienstand

Für männliche Patienten scheint der Familienstand kein prognostisch wichtiges Kriterium zu sein, denn hier fanden wir für die gebesserten wie für die Rückfallpatienten ähnliche Daten.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich jedoch für Frauen: 75% der gebesserten Patientinnen sind verheiratet (25% alleinstehend), während dies nur 15,8% der Rückfallpatientinnen (84,2% alleinstehend) sind. Dies ergibt also eine deutlich bessere Prognose für verheiratete Frauen. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß 80,9% der gebesserten verheirateten Frauen ihre Ehe als problematisch schilderten. Dies könnte bedeuten, daß die Motivation verheirateter Frauen zur Abstinenz größer ist, um die Ehe zu retten.

3.10 Sozialkontakte

Analog zu den bisherigen Befunden ist bei Frauen die Prognose am günstigsten, wenn sie mit Ehepartner oder Familie leben (gebesserte Patientinnen: 71,4% verheiratet; Rückfallpatientinnen: 10,5% verheiratet) und am schlechtesten, wenn sie allein leben (gebesserte Patientinnen: 3,6%; Rückfallpatientinnen: 31,6%). Bei den Männern hingegen ist Leben mit Ehepartner oder Familie kein entscheidendes Kriterium. Eine schlechtere Prognose besteht für solche Patienten, die in Heimen leben (gebesserte Patienten: 1,9%; Rückfallpatienten: 12,2%) und für solche, die bei den Eltern leben (gebesserte Patienten: 5,8%; Rückfallpatienten: 12,2%), wobei man hier die negativen Einflüsse eines overprotectiven Elternhauses vermuten könnte. Diese Hypothese läßt sich übrigens durch die weiblichen Patienten bestätigen: 7,1% der gebesserten und 15,8% der Rückfallpatientinnen leben noch bei ihren Eltern.

Beziehungen zwischen Therapie und ihrem Erfolg zu finden, ist wohl eine weitere wichtige Aufgabe. Diese sprengt jedoch den Rahmen der hier angewendeten Methodik, deren Grenzen uns hier abschließend sehr bewußt werden.

5. Zusammenfassung

In einer Katamnese wurden die Krankengeschichten aller Patienten, die im ersten Halbjahr 1974 in der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie untersucht worden waren und die in Haupt-, Neben- oder Verdachtsdiagnose Alkoholmißbrauch- oder Abhängigkeit aufwiesen, studiert. Es handelt sich um 285 Patienten, von denen 191 (66%) männlich und 94 (33%) weiblich sind.

Um interessierende Daten zu Anamnese, Therapie und Therapieerfolg zu gewinnen, wurde ein Erhebungsbogen konstruiert, der computergerecht formulierte 178 Fragen enthält. Ausgewertet wurden neben den Krankengeschichten und weiteren Unterlagen der Poliklinik auch die Aufzeichnungen der Klinik des MPI, von 7 weiteren psychiatrisch-neurologischen Kliniken in der BRD, von 11 somatisch orientierten Krankenhäusern in Bayern und von 7 Suchtfachkliniken für Alkohol Kranke in Österreich und Deutschland, wobei gezielt oder systematisch nach den Unterlagen unserer Patienten gesucht wurde.

Die so gewonnenen 51.000 Einzeldaten wurden in den Computer eingegeben, wobei wir eine Liste mit den Summen der einzelnen Antworten auf die entsprechenden Items, getrennt nach dem Geschlecht des Patienten, ferner eine Aufstellung sämtlicher Antworten für alle Items, bezeichnet für jeden einzelnen Patienten, erhielten. Die übrigen Auswertungen erfolgten ohne technische Hilfe.

Wichtige Ergebnisse sind:

Der Anteil an chronischen Alkoholikern liegt bei den Männern bei 64,4%, bei den Frauen bei 72,3%, während die Gewohnheitsalkoholiker 19,9% bei den Männern und 10,6% bei den Frauen ausmachen. Frauen beginnen in einem höheren Lebensalter mit dem Alkoholkonsum; ferner war der Alkoholverbrauch der Frauen in den letzten beiden Jahren vor der Untersuchung in höherem Maße ansteigend als der der Männer, während Männer jedoch täglich mehr Alkohol trinken. Mehr Männer als Frauen haben noch nie

mit dem Trinken pausiert, während mehr Frauen als Männer allein trinken. Unter dem physischen Entzugssyndrom leiden mehr Frauen als Männer, während bezüglich der psychischen Entzugssymptomatik Männer wie Frauen im gleichen Ausmaß an Reizbarkeit, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, aber mehr Frauen als Männer an Angst oder depressiver Verstimmung, jedoch mehr Männer als Frauen an Halluzinationen leiden. Von den psychischen Alkoholfolgekrankheiten sind beide Geschlechter etwa im gleichen Ausmaß betroffen, während mehr Männer als Frauen an einer somatischen Alkoholfolgekrankheit, außerdem auch in erhöhtem Maße an einer weiteren somatischen Erkrankung leiden. Frauen wurden in Kindheit oder Jugend in verstärktem Ausmaß von folgenden Situationen geprägt: broken home, Alkoholiker in der Familie, weiteres Suchtverhalten in der Familie, Selbstmordversuch oder Suizid in der Familie, weitere psychische Erkrankungen in der Familie. Männer hingegen berichteten vornehmlich von folgenden Ereignissen: schwere eigene organische Erkrankung, früher Verlust eines Elternteils, eigene psychische Auffälligkeit in Kindheit oder Jugend. Frauen litten in höherer Anzahl als Männer an folgenden psychiatrischen Nebendiagnosen: depressive Neurose, Schlaf- und Schmerzmittelmißbrauch, Polytoxikomanie, Suizidversuche, während die Männer bei diesen Diagnosen überrepräsentiert waren: Sexualstörungen, Nikotinmißbrauch. Bezüglich der sozialen Anamnese ist vor allem bemerkenswert, daß wesentlich mehr der verheirateten Frauen Eheprobleme schilderten. Weiterhin ist der sozio-ökonomische Status der Frauen etwas höher, während beide Geschlechter in etwa die gleiche Schulbildung genossen haben. Ferner fiel auf, daß Frauen öfter oder eher versuchten, psychiatrische Hilfe für ihr Alkoholproblem zu bekommen, allerdings auch eher als Männer rückfällig wurden.

Die Analyse des Therapieangebots zeigt, daß psychotherapeutischen Gruppenverfahren der Vorzug vor medikamentöser Therapie gegeben wurde, wobei letztlich jedoch mehr Patienten somatische Therapie erhalten. Allerdings währt die Dauer der psychotherapeutischen Betreuung länger als die der somatischen Behandlung.

Katamnestische Untersuchungen zum Therapieerfolg an 54,0% aller Patienten zeigen:

- bei 51,9% aller katamnestisch erfaßten Patienten konnte eine Besserung des Trinkverhaltens oder totale Abstinenz erzielt werden
- 39,0% der katamnestisch erfaßten Patienten erlitten einen Rückfall in frühere Trinkgewohnheiten
- 9,1% Patienten starben im katamnestischen Zeitraum.

Aufgrund vergleichender katamnestischer Überlegungen lassen sich folgende Hypothesen zur Prognose eines alkoholkranken Patienten bilden:

Die Prognose weiblicher Patienten ist nicht schlechter als die von Männern; sie ist jedoch bei beiden Geschlechtern in mittlerem Lebensalter besser. Weiterhin verschlechtern ein bereits durchgemachtes Delir, eine alkoholbedingte somatische Erkrankung oder bestimmte psychiatrische Diagnosen (Anfallsleiden, Persönlichkeitsstörungen bei männlichen Patienten, depressive Neurose bei weiblichen Patienten, Medikamentenmißbrauch und Suizidversuch bei beiden Geschlechtern) die Prognose. Allerdings scheint - jedoch nur bei Männern - das Vorliegen einer schizoiden Struktur oder einer depressiven Neurose - die Prognose zu verbessern. Dagegen fanden wir nur bei Frauen die Prognose verbessert, wenn diese verheiratet sind bzw. mit Ehepartner und Familie leben.

6. Literaturverzeichnis

- (1) ADAMSON, J.D., R.R. FOSTAKOWSKY and F.S.CHEBIB:
Measures associated with outcome on one year follow-up
of male alcoholics.
Brit. J. Addict. 69: 325-337, 1974
- (2) Alcoholism and women.
Alc.Hth.Res.World, 2-7, Summer 1974
- (3) ALTMAN, H., EVENSON, R. and CHO, D.W.:
Predicting length of stay by patients hospitalized
for alcoholism oder drug dependence.
J.Stud.Alc.39: 197-201, 1978
- (4) ASHLEY, M.J., OLIN, J.S., LE-RICHE, W.H., KORNACZEWSKI,
A., SCHMIDT, W. and RANKIN, J.G.:
Morbidity in alcoholics: evidents for accelerated
development of physical disease in women.
Arch. intern. Med. 157: 883-887, 1977
- (5) BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. and SHANAHAN, T.J.:
Correlates of patient attrition in the outpatient
treatment of alcoholism.
J.nerv.ment.Dis.157: 99-107, 1973
- (6) BATTEGAY, R.: Alkoholismus: aus psychiatrischer Sicht.
Suchtgefahren, Hamburg 19, 52-58, 1973
- (7) BECKER, W.: Frauen-Alkoholismus, eine Gefährdung dieser
Zeit.
Ther.Gegenw. 110: 400-410, 1971

- (8) BECKMAN, L.J.: Women alcoholics; a review of social and psychological studies.
J.Stud.alc. 36: 797-824, 1975

- (9) BECKMAN, L.J.: Reported effects of alcohol on the sexual feelings and behavior of woman alcoholics and non-alcoholics.
J.Stud.Alc.40, 272-282, 1979

- (10) BRÄUTIGAM, W., P.CHRISTIAN: Psychosomatische Medizin.
Thieme, Stuttgart 1975

- (11) BROWNE-MAYERS, A.N.; SEELYE, E.E. and SILLMAN, L.: Psychosocial study of hospitalized middle-class alcoholic women.
Ann.N.Y. Acad.Sci. 273, 593-604, 1976

- (12) BYLES, J.A.: Violence, alcohol problems and other problems in disintegrating families.
J.Stud.Alc. 39: 551-553, 1978

- (13) CICHINELLI, L.F., BINNER, P.R. and HALPERN, J.: Output value analysis of an alcoholism treatment program.
J.Stud.Alc. 39: 435-447, 1978

- (14) COTTON, N.S.: The familial incidence of alcoholism; a review.
J.Stud.Alc.40: 89-116, 1979

- (15) CURLEE, J.: Depression and alcoholism.
Bull.Menninger Clin. 36: 451-455, 1972

- (16) DAHLGREN, L.: Female alcoholics III.
Development and pattern of problem drinking.
Acta psychiat.scand. 57: 325-335, 1978
- (17) DAHLGREN, L. and MYRHED, M.: Alcoholic females.
II. Causes of death with reference to sex difference.
Acta psych.scand. 56: 81-91, 1977
- (18) DAVIDSON, A.F.: An evaluation of the treatment and
aftercare of a hundred alcoholics.
Brit.J.Addict.71: 217-224, 1976
- (19) Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten.
Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1975
- (20) DITTMAR, F., W.FEUERLEIN, D. VOIT: Entwicklung
Entwicklung von Selbstkontrolle als ambulante ver-
haltenstherapeutische Behandlung bei Alkoholkranken.
Programm und erste Ergebnisse.
Z.Klin.Psychol. 7, 90 (1978)
- (21) DUBOURG, G.O.: After-care for alcoholics -
a follow-up study.
Brit.J.Addict.64: 155-163, 1969
- (22) EWING, J.A.: Is there a relationship between type
of alcoholis and prognosis?
J.Alcsm, Lond. 8: 133-154, 1973
- (23) FEUERLEIN, W.: Das Abstinenzsyndrom.
Verh.dtsch.Ges.inn.Med., 75, 998-1003, 1969

- (24) FEUERLEIN, W.: Chronischer Alkoholismus - Entstehungsbedingungen - Therapie.
Der Nervenarzt 43, 389-398, 1972
- (25) FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit.
Thieme, Stuttgart, 2. Aufl. 1979
- (26) FEUERLEIN, W.: Früherfassung und Diagnose des Alkoholismus.
Bull.Schweiz.Akad.Med.Wiss.35, 173-186 (1979)
- (27) FEUERLEIN, W. und KUNSTMANN, G.:
Die Häufigkeit des Alkoholismus; Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten.
Münch.med.Wschr.115,1991-1996, 1973
- (28) FREED, E.X.: Alcoholism and schizophrenia: the search for perspectives; a review.
J.Stud.Alc.36, 853-881, 1975
- (29) GAYFORD, J.J.: Wife batterings: a preliminary survey of 100 cases.
Brit.med.J.1: 194-197, 1975
- (30) GILLIES, M. LAVERTY, S.G. SMART, R.G. and AHARAN, C.H.:
Outcomes in treated alcoholics; patient and treatment characteristics in a one year follow-up study.
J.Alcsm.Lond.9: 125-134, 1974

- (31) GLATT, M.M.: Reflections on the efficacy of treatment of alcoholism.
J.Alscm, Lond.8: 56-61, 1973
- (32) GOLDFRIED, M.R.: Prediction of improvement in an alcoholism outpatient clinic.
Quart.J.Stud.Alc.30: 129-139, 1969
- (33) GOMBERG, E.S.: Women and alcoholism.Pp 169-190,
in FRANKS, V. and BURTLE, V. eds. Women in therapy.
New Psychotherapies for a changing society.
441pp. New York, Brunnel-Mazel, 1974
- (34) HOFFMANN, H., NOEM, A.A. and PETERSEN,D.:
Treatment effectiveness as judged by successfully and
unsuccessfully treated alcoholics.
Drug. Alc.Depend.Lausanne 1:241-246, 1976
- (35) JELLINEK, E.M.: Alcoholism, a genus and some of its
species.
Canad.Med.Ass.J. 1341-1345, 1960
- (36) KIELHOLZ, P. Alcohol and depression.
Brit.J.Addict.65: 187-193, 1970
- (37) KISH, G.B. and HERMANN, H.T.: The Fort Meade alcoholism treatment program; a follow-up study.
Quart.J.Stud.Alc. 32: 628-635, 1971
- (38) LELBACH, W.K.: Epidemiology of alcoholic liver-disease.
Progr.Liver Dis., N.Y. 5: 494-515, 1976

- (39) LEMERE, F. and SMITH, J.W.: Alcohol-induced sexual impotence.
Amer.J.Psychiat.130, 212-213, 1973
- (40) LEVITIN, L.V., YERRIGELEV, G.J. and LEVITIN, A.N.:
On the epidemiology and structure of alcoholic psychoses.
Zh. Nevropat.71: 583-588, 1971
- (41) LINKOLA, J.: Alcohol and hypertension.
New Engl.J.Med.300: 680, 1979
- (42) LOWE, W.C. and THOMAS, S.D.:
Assessing alcoholism treatment effekctiveness;
a comparison of three evaluative measures.
J.Stud.Alc.37: 883-889, 1976
- (43) LUNDQUIST, G.A.R.: Alcohol-dependence - its develop-
ment and complicaitons.
Brit.J.Addict.62, 331-336, 1967
- (44) MAYER, J. and MYERSON, D.J.: Outpatient treatment
of alcoholics; effects of status, stability and
nature of-treatment
Quart.J.Stud.Alc.32: 620-627, 1971
- (45) MENTZEL, G.: Die Rückfallsituation des chronischen
Alkoholikers.
Z.psychosom.Med.13: 276-282, 1967

- (46) MICHAELSSON, G.: Short-term effects of behaviour therapy and hospital treatment of chronic alcoholics. Behav.Res.Ther.14: 69-72, 1976
- (47) MOOS, R.H., BROMET, E., TSU, V. and MOOS, B.: Family characteristics and the outcome of treatment for alcoholism. J.Stud.Alc. 40: 78-88, 1979
- (48) MORRISON, J.R.: Bipolar affektive disorder and alcoholism. Amer.J.Psychiat. 131:1130-1133, 1974
- (49) MORRISON, J.R. and PENDERY, M.: Suicidal behaviour during alcoholic black-outs. Quart.J.Stud.Alc. 35: 657-659
- (50) MOSKOVIC, S.: Chronic alcoholism and increase in spontaneous abortions. Srpski.Arch.celok.Lek. 105: 157-162, 1977
- (51) MULFORD, H.A.: Women and men problem drinkers; sex differences in patients served by Iowa's community alcoholism centers. J.Stud.Alc. 38: 1624-1639, 1977
- (52) OPPENHEIM, W.L.: The battered alcoholic syndrome. Trauma, Balt.17: 850-856, 1977
- (53) PEMBERTON, D.A.: A comparison of the outcome of treatment in female and male alcoholics. Brit.J.Psychiat.113: 367-373, 1967

- (54) PETERSON, L.D.: Alcohol and blood pressure.
New Engl.J.Med. 297: 451, 1977
- (55) PISANI, V.D. and MOTANKY, G.U.: Predictors of pre-
mature termination of outpatient-followup group
psychotherapy among male alcoholics.
Int.J.Addict. 5: 731-737, 1970
- (56) PRATT, L.: The relationship of socioeconomic status
to health.
Amer.J.publ.Hlth 61, 281-291
- (57) RAUCHFLEISCH, W.: Zur Psychodynamik der Sucht.
Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.
Prax.Pschoth. 16: 1-8, 1971
- (58) RIMMER, J. and JACOBEN, B.: Alcoholism in
schizophrenics and their relatives.
J.Stud.Alc.38: 1781-1784, 1977
- (59) ROBERTSON, N.C.: The relationship between marital
status and the risk of psychiatric referral.
Brit.J.Psychiat. 124, 191-202, 1974
- (60) RYBACK, R.S.: Chronic alcohol consumption and men-
struation.
J.Amer.med.Ass.238: 2143, 1977
- (61) SCHUCKIT, M., PETTS, F.N., Jr., REICH, T., KING, L.J.
and WINOKUR, G.:
Alcoholism. I. Two types of alcoholism in woman.
Arch. gen.Psychiat. 20: 301-306, 1969

- (62) SCLARE, A.B.: Alcoholic problems in women.
Pp. 181-187. In: MADDEN, J.S., WALKER, R. and
KENGEN, W.H., eds.: Alcoholism and drug dependence;
a multidisciplinary approach. xix 479 pp,
New York Plenum; 1977

- (63) SEELYE, E.E.: Relationship of socioeconomic status,
psychiatric diagnosis and sex to outcome of
alcoholism treatment.
J.Stud.Alc. 40: 57-62, 1979

- (64) SIMONOVIC, R. and FLIGIC, M.: Treatment of
alcoholics and the dependence of its outcome on
the kind of therapy and other factors.
Alcoholizam, Beograd 17 (No.1-2): 109-118, 1977

- (65) SMART, R.G.: The evaluation of alcoholism treatment
programs.
Addictions, Toronto 17 (No.1): 41-51, 1970

- (66) SMART, R.G.: Spontaneous recovery in alcoholics:
a review and analysis of the available research.
Drug Alc.Depend., Lausanne 1: 277-285, 1976

- (67) SMART, R.G.: Do some alcoholics do better in some
types of treatment than others?
Drug. Alc.Depend., Lausanne 3: 65-75, 1978

- (68) SPALT, L.: Alcoholism; evidence of an X-linked
recessive genetic characteristic.
J.Amer.med.Ass.241: 2543-2544, 1979

- (69) STEINGLASS, P.: An experimental treatment program for alcoholic couples.
J.Stud.Alc. 40: 159-182, 1979
- (70) SUWAKI, H.: A follow-up study of alcoholic patients.
Psychiat.Neurol.jap.77: 89-106, 1975
- (71) TEMPLER, D.J., RUFF, C.F. and AYERS, J.:
Essential alcoholism and family history of alcoholism.
Quart.J-Stud.Alcl. 35: 655-657, 1974
- (72) THORNTON, C.C., GOTTHEIL, E., GELLENS, H.K. and
ALTERMAN, A.I.: Voluntary versus involuntary abstinence
in the treatment of alcoholics.
J.Stud.Alc.38: 1740-1748, 1977
- (73) TOMSOVIC, M.: A follow-up study of discharged alcoholics
Hosp.Community Psychiat. 21: 94-97, 1970
- (74) TRBOVIC, M.: Relapses of alcoholics as a therapeutic
problem.
Soc.Psichijat., Zagreb 4: 279-290, 1976
- (75) WALLER, S. and LORCH, B.D.: First drinking experiences
and present drinking patterns: a male-female comparison.
Amer.J Drug.Alc.Abuse, N.Y. 4: 109-121, 1977
- (76) WALLER, S. and LORCH, B.: Social and psychological
characteristics of alcoholics: a male-female comparison.
Int.J.Addict.13: 201-212, 1978

- (77) WANBERG, K.W. and HORN, J.L.: Alcoholism syndromes related to the sociological classifications.
Int.J.Addict. 8: 99-120, 1973
- (78) WEBB, N.L., PRATT, T.C., LINN, M.W. and CARMICHAEL, J.S.:
Focus on the family as a factor in differential treatment outcome.
Int.J.Addict.13: 783-795, 1978
- (79) WHALLEY, L.J.: Sexual adjustment of male alcoholics.
Acta psychiat.scand. 58: 281-298, 1978
- (80) WIESER, S. und FEUERLEIN, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholismus und Alkoholmißbrauch) im Bundesland Bremen.
Fortschr.Neurol.Psychiat.44, 1976
- (81) WILCHFORT, D.: Behandlung des Alkoholismus durch "Conjoint-Ehetherapie".
Unveröffentlichtes Manuskript.
- (82) WILLIAMS, R.J.: Social stability on admission and success of in-patient treatment for alcoholism.
Drug alc.Depend., Lausanne 2: 81-90, 1977
- (83) WINOKUR, G, REICH, T., RIMMER, J. and PITTS, F.N.: JR. Alcoholism.III. Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands.
Arch.gen. Psychiat. 23: 104-111, 1970
- (84) WINOKUR, G. RIMMER, J. and REICH, T.:
Alcoholism.IV. Is there more than one type of alcoholism?
Brit.J.Psychiat. 118, 525-531, 1971

6. Anhang

Erhebungsbogen für Alkoholiker

Name: Vorname:.....
geb. am:..... Adresse:.....

ICD-Nr. (psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen) :
.....

Neurologische Nebendiagnosen:
.....

I. Anamnestischer Teil des Erhebungsbogens

1. Beginn des Alkoholismus

- 1 vor dem 16. Lebensjahr
- 2 16.-20. Lebensjahr
- 3 21.-30. Lebensjahr
- 4 31.-40. Lebensjahr
- 5 41.-50. Lebensjahr
- 6 51.-60. Lebensjahr
- 7 61. Lebensjahr bis heute
- 9 unbekannt

2. Konsum in den letzten 2 Jahren

- 1 gleichbleibend
- 2 ansteigend
- 3 abnehmend
- 9 unbekannt

3. Trinkpausen

- 0 niemals bzw. negiert
- 1 einmal weniger als 6 Monate
- 2 einmal für 6 bis 12 Monate
- 3 einmal für mehr als 1 Jahr
- 4 mehrmals für weniger als 6 Monate
- 5 mehrmals für 6 - 12 Monate
- 6 mehrmals für mehr als ein Jahr
- 9 unbekannt

4. Tägliche Alkoholmenge in den letzten 2 Jahren

- 1 weniger als 100 ml
- 2 100-200 ml
- 3 200-300 ml
- 4 300-400 ml
- 5 400-500 ml
- 6 mehr als 500 ml
- 9 unbekannt

5. Trinkgesellschaft

- 1 vorwiegend allein
- 2 vorwiegend in Gesellschaft , gleichbleibende Gruppe
- 3 vorwiegend in Gesellschaft , wechselnde Gruppe
- 9 unbekannt

6. Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 2 Jahren

- 1 täglich
- 2 fast täglich
- 3 episodisch
- 4 periodisch
- 5 ausgesprochenes Wochenendtrinken
- 9 unbekannt

7. Trinkzeiten in den letzten 2 Jahren

- 1 nur zu den Mahlzeiten
- 2 ab morgens diffus
- 3 ab mittags diffus
- 4 ab abends diffus
- 5 unregelmäßig
- 9 unbekannt

8. Rauschtrinken

- 0 negiert
- 1 1-3 mal monatlich
- 2 1-3 mal wöchentlich
- 3 fast täglich
- 9 unbekannt

9. Art der alkoholischen Getränke

- 1 vorwiegend Bier
- 2 vorwiegend Weiß- oder Rotwein
- 3 vorwiegend Süß- oder Fruchtwein , Most
- 4 vorwiegend Wermuth-Wein
- 5 vorwiegend Sekt
- 6 vorwiegend Cocktailgetränke , Mixgetränke
- 7 vorwiegend Schnaps
- 8 keine Bevorzugung
- 9 unbekannt

10. Trinkort

- 1 vorwiegend zu Hause
- 2 vorwiegend Gaststätte , Bar , Café
- 3 vorwiegend Betrieb
- 4 vorwiegend Verein
- 5 vorwiegend zu Hause vor dem Fernseher
- 6 diffus , keine Bevorzugung , Kombination
- 9 unbekannt

11. Halluzinose

- 0 negiert
- 1 fraglich
- 2 sicher einmal
- 3 mehr als einmal
- 9 unbekannt

12. Delir

- 0 negiert , bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 sicher einmal
- 3 mehr als einmal
- 9 unbekannt

13. Provokation des Delirs

- 0 entfällt
- 1 unproviziert
- 2 provoziert durch Krankheit
- 3 provoziert durch Alkoholentzug
- 4 provoziert durch Alkoholsteigerung
- 9 unbekannt

14. Tremor

- 0 negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

15. Nächtliche Unruhe , Schlafstörungen

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

16. Angst , depressive Verstimmungen

- 0 negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

17. Gedächtnisstörungen , Orientierungsstörungen

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

18. Halluzinationen , Wahnideen

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

19. Reizbarkeit , Dysphorie

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

20. Senkung des Persönlichkeitsniveaus oder Demenz

- 0 nein bzw. negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

21. Erregungszustände unter Alkohol

- 0 nein bzw. negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

22. Black out

- 0 nein bzw. negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

23. Korsakow-Syndrom

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

24. Alkoholischer Eifersuchtswahn

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

25. Appetitstörungen

- 0 nein bzw. negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

26. Brechreiz oder Erbrechen

- 0 nein bzw. negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

27. S-GOT

- 1 normal (bei weibl. Pat.: bis 15 U/l ,
bei männl. Pat.: bis 18 U/l)
- 2 erhöht (liegt über den oben angegebenen Werten)
- 3 extrem erhöht (Verwendung von verdünnter Lösung zur photometrischen Bestimmung und entsprechende Multiplikation des Wertes)
- 9 unbekannt

28. S-GPT

- 1 normal (bei weibl. Pat.: bis 17 U/l ,
bei männl. Pat.: bis 22 U/l)
- 2 erhöht (siehe bitte oben)
- 3 extrem erhöht (siehe bitte oben)
- 9 unbekannt

29. gamma-GT

- 1 normal (bei weibl. Pat.: 4-10 U/l ;
bei männl. Pat.: 6-20 U/l)
- 2 erhöht
- 3 extrem erhöht (entsprechende Kriterien siehe bitte bei Frage 27)
- 9 unbekannt

30. Typisierung nach JELLINEK

- 0 nicht einzuordnen
- 1 alpha-Typ (Konflikttrinker)
- 2 beta-Typ (Gelegenheitstrinker)
- 3 gamma-Typ (süchtiger Trinker)
- 4 delta-Typ (Gewohnheitstrinker)
- 5 epsilon-Typ (episodischer Trinker)
- 9 unbekannt

31. Kontrollverlust

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

32. Psychische Abhängigkeit

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

33. Physische Abhängigkeit

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

34. Wie lange liegt die letzte stationäre Entzugsbehandlung zurück ?

- 0 negiert bzw. nicht zutreffend
- 1 weniger als 6 Monate
- 2 mehr als 6 Monate
- 9 unbekannt

35. In welcher Zeit nach der stationären Entzugsbehandlung erfolgte die Rückfälligkeit ?

- 0 negiert bzw. nicht zutreffend
- 1 weniger als 6 Monate
- 2 mehr als 6 Monate
- 9 unbekannt

36. Wichtige somatische Nebendiagnosen

- 0 keine
- 1 chirurgisch , urologisch , orthopädisch
- 2 gynäkologisch
- 3 internistisch
- 4 pädiatrisch
- 5 dermatologisch
- 6 HNO
- 7 Augen 8 Kombinationen 9 unbekannt

37. Besonderheiten in der Kindheit oder Jugend

Geburtskomplikationen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

/

38. Schwere organische Krankheiten

1 ja 2 nein 9 unbekannt

39. Früher Verlust eines Elternteils

1 ja 2 nein 9 unbekannt

40. Andere broken-home-Situation bis zum 14. Lebensjahr , mehr als 5 Jahre andauernd

1 ja 2 nein 9 unbekannt

41. Psychische Auffälligkeiten

1 ja 2 nein 9 unbekannt

42. Verzögerte motorische und/oder sprachliche Entwicklung

1 ja 2 nein 9 unbekannt

43. Sonstige biographische Auffälligkeiten

1 ja 2 nein 9 unbekannt

44. Vitalstörungen

Nahrungsaufnahme

1 ausreichend

2 von jeher unzureichend

3 jetzt unzureichend

4 stark wechselnd

9 keine Angaben

45. Appetitverlust

1 ja 2 nein 9 unbekannt

46. Gewichtsverlust

1 ja 2 nein 9 unbekannt

47. Obstipation

1 ja 2 nein 9 unbekannt

48. Tagesschwankungen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

49. Durch- und/oder Einschlafstörungen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

50. Kopfschmerzen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

51. Andere funktionelle bzw. vegetative Störungen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

52. Psychosomatische Erkrankungen

0 negiert, nein

1 Atmungsorgane (Asthma, vasomotorischer Schnupfen)

2 Herz/Kreislauf (Hypertonie, Migräne, Angina pectoris)

3 Verdauungssystem (Magengeschwüre, Ulcus duodeni etc.)

4 Haut (Urticaria, Rosacea, Neurodermatitis)

5 Innere Sekretion (Thyreotoxikose, Dysmenorrhoe)

6 Andere Störungen

7 Kombinationen

8 Verdachtsdiagnosen

9 unbekannt

53. Alkoholfolgekrankheiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin/Leber

Alkoholiet/Leber

1 ja 2 nein 9 unbekannt

54. Alkoholhepatitis

1 ja 2 nein 9 unbekannt

55. Leberzirrhose

1 ja 2 nein 9 unbekannt

56. ZIEVE-Syndrom

1 ja 2 nein 9 unbekannt

57. Nicht näher differenzierte Erkrankungen der Leber

1 ja 2 nein 9 unbekannt

58. Alkoholfolgekrankheiten/andere Organe

Pankreatitis

1 ja 2 nein 9 unbekannt

59. Gastritis

1 ja 2 nein 9 unbekannt

60. Ulcus ventriculi und/oder duodeni
1 ja 2 nein 9 unbekannt
61. Kardiomyopathie
1 ja 2 nein 9 unbekannt
62. Blutveränderungen
1 ja 2 nein 9 unbekannt
63. Polyneuropathie
1 ja 2 nein 9 unbekannt
64. Frühere neurologisch-psychiatrische Behandlung
0 keine
1 ambulant (anderswo)
2 hiesige Klinik stationär
3 sonstige Klinik stationär
4 ambulant + 2
5 ambulant + 3
6 ambulant + 2 + 3
7 2 + 3
9 unbekannt
65. Psychiatrische Nebendiagnosen
Cyclothymie , Depressionen
1 ja 2 nein 9 unbekannt
66. Schizophrenie
1 ja 2 nein 9 unbekannt
67. Anfallsleiden
1 ja 2 nein 9 unbekannt
68. Psychopathie , Persönlichkeitsstörungen
1 ja 2 nein 9 unbekannt
69. Neurosen
1 ja 2 nein 9 unbekannt
70. Psychosomatische Krankheiten
1 ja 2 nein 9 unbekannt
71. Psychosen
1 ja 2 nein 9 unbekannt

72. Hirnorganisches Psychosyndrom

1 ja 2 nein 9 unbekannt

73. Sonstige psychiatrische Erkrankungen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

74. Drogenmißbrauch

Schlafmittel

1 ja 2 nein 9 unbekannt

75. Schmerzmittel

1 ja 2 nein 9 unbekannt

76. Opiate und deren Derivate

1 ja 2 nein 9 unbekannt

77. Psychopharmaka

1 ja 2 nein 9 unbekannt

78. Weckamine

1 ja 2 nein 9 unbekannt

79. Halluzinogene

1 ja 2 nein 9 unbekannt

80. THC

1 ja 2 nein 9 unbekannt

81. Polytoxikomanie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

82. Sonstige Süchte

0 nein bzw. negiert

1 Spielleidenschaft

2 Zigarettenrauchen (mehr als 30 Stück p.d.)

3 Kombinationen

9 unbekannt

03. SMV

- 0 negiert
- 1 SMV innerhalb 48 Stunden vor Aufnahme
- 2 SMV während Behandlung in Klinik oder Poliklinik oder innerhalb einer Woche nach Abschluß der Klinik- oder Poliklinikbehandlung
- 3 Verdacht auf SMV innerhalb 48 Stunden vor Aufnahme
- 4 Verdacht auf SMV während der Behandlung in Klinik bzw. Poliklinik oder innerhalb einer Woche nach Abschluß der Klinik- bzw. der Poliklinikbehandlung
- 5 SM während der Klinik- bzw. der Poliklinikbehandlung oder innerhalb einer Woche nach Entlassung aus der Klinik- bzw. der Poliklinikbehandlung
- 6 SMV in der Vorgeschichte
- 7 Kombinationen
- 9 unbekannt

04. Familienstand

- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 geschieden , nicht wieder verheiratet
- 4 getrennt
- 5 verwitwet
- 6 verwitwet , wieder verheiratet
- 7 geschieden , wieder verheiratet
- 9 keine Angaben

05. Ehequalität

- 0 entfällt
- 1 äußerlich intakt
- 2 nicht getrennt lebend , problematisch
- 3 getrennt lebend
- 4 geschieden
- 9 keine Angaben

06. Vorherrschende Stimmung während der Exploration

- 1 gehoben
- 2 ausgeglichen
- 3 depressiv
- 9 unbekannt

07. Bewußtseinszustand während der Exploration

- 1 klar
- 2 getrübt
- 9 unbekannt

88. Alter des Patienten

- 1 unter 20
- 2 21-30
- 3 31-40
- 4 41-50
- 5 51-60
- 6 61-70
- 7 71 und älter
- 9 unbekannt

89. Staatsangehörigkeit

- 0 staatenlos
- 1 deutsch
- 2 übrige deutschsprachige Länder
- 3 romanische Länder
- 4 slawische Länder
- 5 griechisch
- 6 sonstige europäische Länder
- 7 türkisch
- 8 sonstige außereuropäische Länder
- 9 unbekannt

90. Sozialschicht

- 0 untere Unterschicht
- 1 obere Unterschicht
- 2 untere Mittelschicht
- 3 obere Mittelschicht
- 4 Oberschicht
- 5 Studenten
- 6 sonstige noch in Ausbildung Stehende über 17 Jahre
- 7 Künstler
- 8 ohne Beruf
- 9 unbekannt

91. Schulbildung

- 1 Volksschule , nicht abgeschlossen
- 2 Volksschule , abgeschlossen
- 3 Mittlere Reife
- 4 Abitur
- 5 Studium , nicht abgeschlossen
- 6 Studium , abgeschlossen
- 9 keine Angaben

92. Berufssparte

- 1 Alkoholberufe , mindestens 6 Monate ausgeübt
- 2 Alkoholgefährdete Berufe , mindestens 6 Monate ausgeübt
- 3 sonstige Berufe
- 4 arbeitslos
- 9 unbekannt

93. Derzeitiges Berufsverhältnis

- 0 Arbeiter
- 1 Angestellter oder Beamter
- 2 Selbständige , Freiberufler
- 3 Soldat
- 4 noch in Ausbildung
- 5 Rentner , Pensionist
- 6 mindestens 3 Monate arbeitslos
- 7 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
- 8 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung
- 9 unbekannt

94. Sozialkontakte

- 1 allein lebend , keinen oder kaum Kontakt
- 2 allein lebend , mit gelegentlich wechselndem Kontakt
- 3 bei den Eltern
- 4 beim Ehepartner
- 5 bei den Kindern oder sonstigen Verwandten
- 6 mit festem Partner
- 7 mit Ehepartner und Kindern
- 8 in Heimen lebend
- 9 keine Angaben

95. Derzeitige Wohngemeinschaft

- 1 Heimreise , vorübergehend
- 2 Heimreise , dauernd
- 3 alleinstehend in eigener Wohnung
- 4 alleinstehend in fremder Wohnung
- 5 Haushalt 2 Personen oder
- 6 Haushalt mit mehreren Personen
- 7 häufig wechselnd
- 9 keine Angaben

96. Wurde jemals eine Verwahrung , Entmündigung oder Pflegschaft im Zusammenhang mit dem Abusus ausgesprochen ?

- 0 negiert bzw. nein
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 unbekannt

97. Erfolgte jemals ein Führerscheinentzug wegen des Alkoholismus ?

- 0 negiert
- 1 fraglich
- 2 ja
- 9 keine Angaben

II. Therapievorschläge durch die Poliklinik

98. berwiesen von

- 0 ohne ärztlichen oder sonstigen Einweisungsschein
- 1 eigene Klinik
- 2 Konsiliaruntersuchung Krankenhaus München-Schwabing
- 3 Konsiliaruntersuchung sonstiges städt. Krankenhaus
- 4 Konsiliaruntersuchung sonstiges Krankenhaus
- 5 Überweisung durch praktischen Arzt oder Facharzt eines anderen Fachgebietes
- 6 Überweisung durch Facharzt eines einschlägigen Fachgebietes
- 7 Überweisung durch Behörde oder andere Institutionen
- 8 Gutachten
- 9 unbekannt

99. Weiter überwiesen an

- 0 ohne weitere Behandlung
- 1 Hausarzt oder nicht einschlägigen Facharzt
- 2 einschlägigen Facharzt oder Poliklinik
- 3 eigene Poliklinik
- 4 eigene Klinik
- 5 Klinik eines anderen Fachgebietes , anderes Krankenhaus
- 6 sonstiges
- 7 Klinik eines anderen Fachgebietes (Krankenhaus Schwabing)
- 9 unbekannt

100. Medikamentöse Therapie , durch die Poliklinik verordnet

Distraneurin (= Chlormethiazol)

1 ja 2 nein 9 unbekannt

101. Haloperidol

1 ja 2 nein 9 unbekannt

102. Antabus (= Disulfiram)

1 ja 2 nein 9 unbekannt

103. Antidepressiva

1 ja 2 nein 9 unbekannt

104. Andere Psychopharmaka

1 ja 2 nein 9 unbekannt

105. Vitamin-B-Komplex

1 ja 2 nein 9 unbekannt

106. Andere Medikamente

1 ja 2 nein 9 unbekannt

107. Hier verordnete psychotherapeutische Maßnahmen

Pragmatische Psychotherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

108. Analytische Einzeltherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

109. Verhaltenstherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

110. Gruppentherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

111. Familientherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

112. Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

113. Gesprächspsychotherapie

1 ja 2 nein 9 unbekannt

114. Wiedervorstellung in der Poliklinik

1 ja 2 nein 9 unbekannt

115. Informationsabende für Alkoholiker

1 ja 2 nein 9 unbekannt

116. Einweisung in spezielle Kliniken (durch die Poliklinik verordnet)
Suchtfachkliniken (offenes Heim)

1 ja 2 nein 9 unbekannt

117. Suchtfachkliniken (geschlossenes Heim)

1 ja 2 nein 9 unbekannt

118. Sanatorium oder Pflegeheim

1 ja 2 nein 9 unbekannt

119. Therapeutische Wohngemeinschaft

1 ja 2 nein 9 unbekannt

120. Erziehungsheime
1 ja 2 nein 9 unbekannt
121. Tagesstätte
1 ja 2 nein 9 unbekannt
122. Einweisung in andere Einrichtungen
1 ja 2 nein 9 unbekannt
123. Gerichtliche Maßnahmen, die vom MPI eingeleitet wurden
Entmündigung
1 ja 2 nein 9 unbekannt
124. Verwahrung
1 ja 2 nein 9 unbekannt
125. Pflegschaft
1 ja 2 nein 9 unbekannt
126. Sonstiges
1 ja 2 nein 9 unbekannt
127. Einschaltung des Sozialdienstes (KMS oder MPI), mit der Bitte
um Vermittlung
im familiären Bereich
1 ja 2 nein 9 unbekannt
128. in beruflicher Hinsicht
1 ja 2 nein 9 unbekannt
129. einer Wohnmöglichkeit
1 ja 2 nein 9 unbekannt
130. im finanziellen Bereich
1 ja 2 nein 9 unbekannt
131. eines Kuraufenthaltes
1 ja 2 nein 9 unbekannt
132. in anderen Angelegenheiten
1 ja 2 nein 9 unbekannt

133. Vorschlag der Kontaktaufnahme mit Selbsthilfeorganisationen

Anonyme Alkoholiker

1 ja 2 nein 9 unbekannt

134. Katholische Organisationen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

135. Evangelische Organisationen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

136. Gesundheitsamt

1 ja 2 nein 9 unbekannt

137. ARCHE

1 ja 2 nein 9 unbekannt

138. Gesundheitspark

1 ja 2 nein 9 unbekannt

139. Sonstige Gruppen

1 ja 2 nein 9 unbekannt

III . Tatsächlich erfolgte Therapie

140. Nachbefund erhalten durch

- 1 keine Katamnese zu erhalten (da kein Verlauf aufzufinden)
- 2 keine Katamnese zu erhalten (da der Patient inzwischen verstorben ist)
- 3 Befund erhoben (Verlauf aus den Unterlagen des MPI)
- 4 Befund erhoben (Verlauf aus den Unterlagen des MPI + fremden Unterlagen)
- 5 Befund erhoben (Verlauf aus fremden Unterlagen , ohne MPI)

141. Tod des Patienten im katamnestischen Zeitraum

- 0 entfällt , Patient lebt noch
- 1 Tod durch Unfall
- 2 Tod durch Suizid
- 3 eines natürlichen Todes gestorben
- 4 gestorben , Ursache unbekannt
- 9 unbekannt

142. Somatische bzw. medikamentöse Behandlung , gemäß der Überweisung oder dem Vorschlag der Poliklinik

- 0 entfällt
- 1 vorgeschlagene Behandlung regelmäßig durchgeführt
- 2 vorgeschlagene Behandlung wurde teilweise durchgeführt
- 3 vorgeschlagene Behandlung wurde nicht durchgeführt
- 9 unbekannt

143. Psycho-soziale Betreuung des Patienten , gemäß der Überweisung oder dem Vorschlag der Poliklinik

- 0 entfällt
- 1 vorgeschlagene Behandlung regelmäßig durchgeführt
- 2 vorgeschlagene Behandlung wurde teilweise durchgeführt
- 3 vorgeschlagene Behandlung wurde überhaupt nicht durchgeführt
- 9 unbekannt

144. Gesamtdauer der ärztlichen Nachbehandlung (spezifisch somatisch-medikamentös)

- 0 entfällt
- 1 entfällt , da trotz Vorschlags keine Behandlung erfolgte
- 2 weniger als 4 Wochen
- 3 1 bis 6 Monate
- 4 mehr als 6 Monate
- 9 unbekannt

145. Gesamtdauer der psychosozialen Nachbehandlung

- 0 entfällt
- 1 entfällt , da trotz Vorschlags keine Behandlung erfolgte
- 2 weniger als 4 Wochen
- 3 1 bis 6 Monate
- 4 mehr als 6 Monate
- 9 unbekannt

146. Gesamtdauer der Betreuung beim niedergelassenen Nervenarzt
- 0 entfällt
 - 1 entfällt , da trotz Vorschlags keine Behandlung erfolgte
 - 2 weniger als 4 Wochen
 - 3 1 bis 6 Monate
 - 4 mehr als 6 Monate
 - 9 unbekannt
- 147 . Gesamtdauer der Nachbetreuung durch den Hausarzt oder durch den Facharzt eines anderen Fachgebietes (laut Überweisung)
- 0 entfällt
 - 1 entfällt, da trotz Vorschlags keine Behandlung erfolgte
 - 2 weniger als 4 Wochen
 - 3 1 bis 6 Monate
 - 4 mehr als 6 Monate
 - 9 unbekannt
148. Regelmäßigkeit der vorgeschlagenen somatischen und nervenärztlichen Nachbehandlung während ihrer Dauer (nicht im KH)
- 0 entfällt
 - 1 keine
 - 2 regelmäßig alle 8 bis 14 Tage
 - 3 regelmäßig etwa einmal monatlich
 - 4 regelmäßig etwa einmal im Quartal
 - 5 seltener
 - 6 Nachbetreuung abgebrochen
 - 9 unbekannt
149. Regelmäßigkeit der vorgeschlagenen psychosozialen Nachbetreuung während ihrer Dauer
- 0 entfällt
 - 1 keine
 - 2 regelmäßig alle 8 bis 14 Tage
 - 3 regelmäßig etwa einmal monatlich
 - 4 regelmäßig etwa einmal im Quartal
 - 5 seltener
 - 6 Nachbetreuung abgebrochen
 - 9 unbekannt
150. Krankenhausaufenthalt des Patienten im katamnestischen Zeitraum gemäß der Überweisung des MPI
- 0 entfällt
 - 1 ja , einmaliger Krankenhausaufenthalt , kein psychiatr. KH
 - 2 ja , mehrmaliger Krankenhausaufenthalt , kein psychiatr. KH
 - 3 ja , einmaliger Krankenhausaufenthalt , psychiatr. KH
 - 4 ja , mehrmaliger Krankenhausaufenthalt , psychiatr. KH
 - 5 ja , mehrmaliger Krankenhausaufenthalt , psych.+nicht psych. KH
 - 6 Behandlung wurde zwar eingeleitet , aber nicht durchgeführt
 - 9 unbekannt

151. Behandlung des Patienten in einer Suchtfachklinik , gemäß Überweisung des MPI

- 0 entfällt
- 1 ja , einmaliger Aufenthalt in einem offenen Heim
- 2 ja , mehrmaliger Aufenthalt in einem offenen Heim
- 3 ja , einmaliger Aufenthalt in einem geschlossenen Heim
- 4 ja , mehrmaliger Aufenthalt in einem geschlossenen Heim
- 5 ja , mehrmaliger Aufenthalt , offenes und geschlossenes Heim
- 6 Behandlung wurde zwar eingeleitet , aber nicht durchgeführt
- 9 unbekannt

152. Heimunterbringung des Patienten laut Vorschlag des MPI

- 0 entfällt
- 1 ja
- 2 Behandlung wurde zwar eingeleitet , doch nicht durchgeführt
- 9 unbekannt

153. Distra neurinbehandlung

- 1 ja , Behandlung in üblicher Dosierung weniger als 14 Tage durchgeführt
- 2 ja , Behandlung in üblicher Dosierung mehr als 14 Tage durchgeführt
- 3 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags der Poliklinik nicht
- 4 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und erfolgte auch nicht
- 5 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen; trotzdem wurde die Distra neurintherapie weniger als 14 Tage durchgeführt
- 6 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen; trotzdem wurde die Distra neurintherapie länger als 14 Tage durchgeführt
- 9 unbekannt

154. Disulfirambehandlung

- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
- 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
- 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
- 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen) abgebrochen
- 9 unbekannt

155. Behandlung mit Antidepressiva

- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
- 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
- 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
- 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen) abgebrochen
- 9 unbekannt

156. Wiedervorstellung des Patienten in der Poliklinik

- 1 nicht vorgeschlagen , nicht durchgeführt
- 2 nicht vorgeschlagen , durchgeführt
- 3 vorgeschlagen , nicht durchgeführt
- 4 Vorstellung erfolgte , jedoch keine weitergehenden Therapie-
vorschläge gemacht
- 5 Vorstellung erfolgte , weiterführende Therapievorschläge
wurden unterbreitet
- 9 unbekannt

157. Besuch der Informationsabende für Alkoholiker

- 1 nicht vorgeschlagen , entfällt
- 2 ja , vollständiger Zyklus
- 3 ja , unvollständiger Zyklus
- 4 vorgeschlagen , nicht durchgeführt
- 9 unbekannt

158. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psycho-
therapeutischen Maßnahmen (Gruppentherapie , innerhalb der
Poliklinik)

- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
- 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
- 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
- 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen)
abgebrochen
- 9 unbekannt

159. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psycho-
therapeutischen Maßnahmen (Gruppentherapie , außerhalb der
Poliklinik)

- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
- 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
- 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durch-
geführt
- 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen)
abgebrochen
- 9 unbekannt

160. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psycho-
therapeutischen Maßnahmen (pragmatische oder analytische
Einzeltherapie , innerhalb der Poliklinik)

- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
- 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
- 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durch-
geführt
- 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen)
abgebrochen
- 9 unbekannt

161. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psychotherapeutischen Maßnahmen (pragmatische oder analytische Einzeltherapie, außerhalb der Poliklinik)
- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
 - 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
 - 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
 - 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen) abgebrochen
 - 9 unbekannt
162. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psychotherapeutischen Maßnahmen (Verhaltenstherapie , in der Gruppe , außerhalb der Poliklinik durchgeführt)
- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
 - 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
 - 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
 - 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen) abgebrochen
 - 9 unbekannt
163. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psychotherapeutischen Maßnahmen (Verhaltenstherapie , in der Gruppe , innerhalb der Poliklinik durchgeführt)
- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
 - 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
 - 3 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
 - 4 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen) abgebrochen
 - 9 unbekannt
164. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psychotherapeutischen Maßnahmen (Verhaltenstherapie , allein , außerhalb der Poliklinik durchgeführt)
- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
 - 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
 - 3 Behandlung wurde nach kurzem Versuch abgebrochen
 - 4 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und auch nicht durchgeführt
 - 9 unbekannt

165. Durchführung der von der Poliklinik vorgeschlagenen psychotherapeutischen Maßnahmen (Verhaltenstherapie , allein , innerhalb der Poliklinik durchgeführt)

- 1 ja , Behandlung wurde längere Zeit durchgeführt
- 2 Behandlung erfolgte trotz Vorschlags nicht
- 3 Behandlung wurde nach kurzem Versuch (weniger als 4 Wochen) abgebrochen
- 4 Behandlung wurde nicht vorgeschlagen und nicht durchgeführt
- 9 unbekannt

166. Sozialarbeit (durchgeführt von der Sozialarbeiterin des MPI oder des KMS)

Vermittlung bei familiären Problemen

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

167. Vermittlung bei beruflichen Schwierigkeiten

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

168. Vermittlung einer Wohnmöglichkeit

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

169. Maßnahmen bei finanziellen Nöten

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

170. Vermittlung eines Kuraufenthaltes

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

171. Sonstige Maßnahmen

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

172. Tatsächlich erfolgte Kontaktaufnahme des Patienten mit Selbsthilfeorganisationen

Anonyme Alkoholiker

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (einmal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

173. Evangelische Organisationen

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (1 mal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

174. Katholische Organisationen

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (1 mal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

175. Gesundheitsamt

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (1 mal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

176. Gesundheitsspark

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (1 mal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

177. ARCHE

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (1 mal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

178. Sonstige Selbsthilfeorganisationen

- 0 entfällt
- 1 regelmäßiger Besuch (1 mal pro Monat über Monate hinweg)
- 2 unregelmäßiger Besuch über Monate hinweg
- 3 nach weniger als 3 Besuchen Kontakt abgebrochen
- 4 Kontaktaufnahme erfolgte irgendwann , Näheres unbekannt
- 9 unbekannt

179. Jetziges Trinkverhalten des Patienten (letztes katamnestisch
erfaßbares Datum)

0 entfällt

1 völlige Abstinenz

2 mäßiger Alkoholkonsum (mengenmäßig , bzw. über längere Zeit
episodisch) bei sozialer Anpassung

3 mäßiger Alkoholkonsum (mengenmäßig , bzw. über längere Zeit episo-
disch) , sozial nicht angepaßt

4 episodische Rückfälle bei sonst mäßigem Alkoholkonsum

5 Rückfall in alte Trinkgewohnheiten

9 unbekannt

Danksagung

Ich danke meinem verehrten ehemaligen Psychiatrielehrer und dem Betreuer meiner Doktorarbeit, Herrn Prof.Dr. W. Feuerlein, sehr herzlich für die Vergabe des Themas und für die langjährige, geduldige und freundliche Aufmerksamkeit, die er dieser Arbeit entgegenbrachte.

Weiterhin sei an dieser Stelle auch Herrn Oberarzt Dr. E. Rüther, Psychiatrische Klinik der Universität München, für die herzliche Aufnahme in seine Arbeitsgruppe, für viele anregende Gespräche und - last not least - für die Erlaubnis, seine Schreibmaschine für diese Arbeit zu benutzen, gedankt.

Folgende Damen trugen ferner zum Gelingen bei:

Frau Ilse Vogl, Chefsekretärin in der Poliklinik des MPI, durch ihre tatkräftige und hilfreiche Unterstützung bei vielen energieverzehrenden Problemen; ferner Frau R.Irmann vom Rechenzentrum des MPI mit computertechnischer Beratung und ihre Mitarbeiterinnen, die in mühevoller Kleinarbeit die Daten in den Computer eingaben; weiterhin die fröhlichen und hilfsbereiten Damen vom Krankenhaus München-Schwabing, die viele, viele Krankenblätter für mich heraussuchten. Ihnen allen sei recht herzlich gedankt.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinem lieben Mann, Herrn Dipl.Biol.M.Thomm, für seine verständnisvolle und ermunternde Art, die er - nicht nur - dieser Arbeit entgegenbringt, bedanken.

Lebenslauf

- 10.6.1953 geboren in München als Tochter des Oberstudiendirektors Waldemar Stürmer und seiner Ehefrau Lidwina, geb. Brock, Oberstudienrätin
- 1958-72 Besuch der Volksschule, später des neusprachlichen Louise-Schröder-Realgymnasiums in München
- 1972 Ablegung der Reifeprüfung, Beginn des Medizinstudiums an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
- 1977 einsemestriges Studium in den USA
- 1978/79 Ausbildung im Praktischen Jahr in den Fächern Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie
- 1979 Approbation als Arzt
- 1979-81 freie Mitarbeit bei einem psychiatrischen Forschungsprojekt an der Nervenklinik der Universität München
- 1981 Abschluß der Doktorarbeit und Beginn der klinischen Tätigkeit am Nervenkrankenhaus Regensburg.

